



Jahresbericht 2025 SCC AP2

Eine Zwischenbilanz: Prozesse und Finanzierung im Care@home

Erstautor:innen: Prof. Dr. Thomas Bürkle, Silja Lögler

Mit-Wirkende (alphabetische Reihenfolge):

Katharina Blankart
Kilian Brändle
Christian Franke
Claire Galesne
Gwen Gehrecke
Ruth Hagen
Elisa Heising
Malinde Hoppe
Patrick Meyer
Sabina Misoch
Stephan Pahls
Olivier Thomet

Juli 2026, V17

Berner Fachhochschule

Swiss Center for Care@home

Impressum

Titel	Jahresbericht 2025 SCC AP2 Eine Zwischenbilanz: Prozesse und Finanzierung im Care@home
Erstautor:innen	Prof. Dr. Thomas Bürkle, BSc Silja Lögler
Jahr	2026
Kontakt	www.bfh.ch/scc scc@bfh.ch Telefon Zentrale +41 31 848 33 00

Management Summary

Dieser Jahresbericht stellt Arbeitsaktivitäten und Erkenntnisse aus dem Arbeitspaket 2 Finanzierung des Swiss Center Care@home (SCC) für das Jahr 2025 vor. AP2 ist eines von insgesamt 4 Arbeitspaketen des SCC. Care@home-Modelle sind integrierte, interprofessionelle, häufig intersektorale und spitalsubstituierende Gesundheitsversorgungsmodelle, die Patient:innen aller Altersstufen ermöglichen, eine hochstehende akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu Hause zu erhalten.

Langfristige Ziele des Arbeitspaketes 2 sind 1) aktuelle Tarifmodelle für Care@home in der Schweiz und im internationalen Kontext zu identifizieren und zu beschreiben, 2) Ihre Stärken und Schwächen und den Kostendeckungsgrad zu bewerten, 3) den Bedarf für spezielle Care@home Tarifmodelle oder Tarifpositionen in der Schweiz zu identifizieren, 4) eine Roadmap für die Umsetzung zu erstellen und 5) die regulatorischen Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Tarife/Tarifpositionen zu identifizieren.

Eine zentrale Einschränkung dieses Berichts besteht darin, dass für die Schweizer Pilotprojekte bisher keine öffentlich zugänglichen, systematisch vergleichbaren Kosten-, Erlös- oder Abrechnungsdaten vorliegen. Entsprechende Informationen wurden im Rahmen von AP2 bei ausgewählten Projekten nachgefragt, standortbezogene finanzielle Kennzahlen jedoch nicht offengelegt. Der Bericht kann daher keine belastbaren Aussagen zu effektiven Behandlungskosten, abgerechneten Beträgen oder zur Kostendeckung einzelner Modelle machen.

In 2025 wurde innerhalb des SCC wichtige Grundlagenarbeit erbracht, um Care@home als eine umfassende Sicht zu definieren, die auch Hospital@home umfasst. Ferner wurde ein Grundmodell für die Leitungserbringung im Hause der Patient:innen durch ein gemischtes Team von medizinischen Fachkräften erstellt.

Im vorliegenden Bericht werden zunächst die in der Schweiz in Anwendung stehenden Tarifsysteme in der stationären und ambulanten Versorgung kurz charakterisiert. Dann werden die mit AP3 Digitalisierung gemeinsam analysierten Arbeitsabläufe und Prozesse bei einer Care@home Versorgung vorgestellt und die daraus sich ergebenden Konsequenzen für die Care@home Finanzierung beschrieben.

Als nächstes werden die Ergebnisse einer Recherche der internationalen Literatur (aktueller Zwischenstand) zu Thema Kosten und Finanzierung von Care@home beschrieben. Obwohl einzelne Studien signifikant niedrigere Kosten bei Care@home Behandlung beschreiben, erscheint die Vergleichbarkeit der Studien untereinander doch schwierig und es kann nicht generell gesagt werden, dass die Care@home Behandlung kostengünstiger ist.

Ebenso werden die erzielten Outcomes der Patient:innen und insbesondere der Vergleich mit entsprechend stationär behandelten Patient:innen hinsichtlich möglicher Probleme und Komplikationen dargestellt. Es zeigt sich, dass laut Literatur das Outcome bei Care@home Behandlung dem der stationären Behandlung mindestens vergleichbar, hinsichtlich einzelner Teilbereiche tendenziell sogar besser ist. Für die Schweiz liegen noch sehr wenig publizierte Outcome Daten bei Care@home vor.

Die Care@home Finanzierung in der Schweiz wird anhand von Interviews mit Vertreter:innen ausgewählter Pilotprojekte betrachtet. Diese Analyse stellt eine laufende Aktivität dar, weshalb noch keine endgültigen Ergebnisse vorgelegt werden können. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass alle untersuchten Schweizer Piloten auf kantonaler Ebene eine Übergangsfiananzierung des Kantonsanteils im Sinne einer an die stationäre DRG angeglichenen Fallpauschale aushandeln konnten.

Berichtet wird über einen im Rahmen der Arbeit in der Arbeitsgruppe erstellten Kostensimulator, der erste Vergleichsrechnungen unterstützen kann.

Die Ergebnisse werden diskutiert und ein Ausblick gegeben.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	6
1.1	Datenlage und Reichweite des Berichts	6
1.2	Tarifsysteme der Schweiz	7
1.2.1	Ambulante Abrechnung ärztlicher Leistungen	8
1.2.2	Stationäre Fallpauschalen (SwissDRG)	8
1.2.3	Ambulante Abrechnung pflegerischer Leistungen	9
1.2.4	Einheitliche Finanzierung der Leistungen EFAS	9
1.3	Versorgungsmodelle	10
1.4	Welche Piloten zu Care@home gibt es in der Schweiz?	10
2	Prozesse im Hospital@home	13
2.1	Methodik der Prozess-Erfassung	13
2.2	Erste (vorläufige) Ergebnisse der Prozessanalyse für die Schweiz	14
2.3	Level 2 Aktivität Zuweisung	15
2.4	Level 2 Aktivität Onboarding	15
2.5	Level 2 Aktivität Behandlung	16
2.6	Level 2 Aktivität Offboarding	17
2.7	Durchlaufende Aktivität Diagnostik	17
2.8	Konsequenzen für das AP2 Finanzierung	17
3	Care@home Finanzierung International – Ergebnisse der Literaturrecherche	20
3.1	Care@home Finanzierung international - Methodik der Recherche	20
3.2	Care@home Finanzierung international - Ergebnisse der Recherche	21
3.2.1	In welchen Ländern wird Care@home-Versorgung bereits praktisch umgesetzt?	21
3.2.2	Fokussierung auf den Kostenvergleich	21
3.2.3	Publizierte internationale Kostendaten für Care@home	21
3.2.4	Ergänzende Übersichtsarbeiten	23
3.3	Einordnung und Schlussfolgerungen	24
4	Hospital@home Outcomes international und in der Schweiz	25
4.1	Aus der internationalen Literaturanalyse: Wirksamkeit und Sicherheit	25
4.1.1	Wiederaufnahmen ins Spital (Readmission)	25
4.1.2	Mortalität	26
4.1.3	Aufenthaltsdauer (Length of stay, LoS)	26
4.1.4	Übergang in Langzeitpflege (Residential care transfer)	27
4.1.5	Komplikationen (Complications)	27
4.1.6	Übergang in eine Rehabilitation (Rehabilitation)	28
4.1.7	Aktivität/Mobilität und Sturzrisiko (Activity/Mobility and Fallrisk)	28
4.1.8	Patientenzufriedenheit (patient satisfaction)	28
4.2	Situation in der Schweiz	33
4.3	Konsequenzen für das AP2 Finanzierung	34
5	Care@home Finanzierung in der Schweiz - Experteninterviews	35
5.1	Care@home Finanzierung in der Schweiz - Methodik der Experteninterviews	35
5.2	Care@home Finanzierung in der Schweiz - Ergebnisse der Experteninterviews	36
6	Ein Care at home Kostensimulator	37
7	Zusammenfassung	39
7.1	Auswirkungen von Hospital@home auf das Outcome der Patient:innen	39
7.2	Kostendaten und Finanzierung von Hospital@home mit Fokus auf Admission Avoidance	39
8	Diskussion	40
8.1	Methodische Diskussion	40
8.2	Ergebnisbezogene Diskussion	41
8.3	Ausblick mit speziellem Fokus auf spitalsubstituierendes Hospital@home	42
9	Abkürzungsverzeichnis	44
10	Glossar	44

11	Literaturverzeichnis (nur die direkt zitierten Quellen)	45
12	Abbildungsverzeichnis	46
13	Tabellenverzeichnis	47
14	Anhang	48
	14.1 Das Arbeitspaket Finanzierung	48
	14.2 Arbeitsgruppe des AP 2	48
	14.3 00_MatrixLiteratur2.0	50
	14.4 01_Finanzierung-MatrixLiteratur	56
	14.5 02_Umsetzung-MatrixLiteratur	58
	14.6 03_Tarifsysteme-MatrixLiteratur	64
	14.7 Fragekatalog Experteninterview Finanzierung H@H	65
15	Versionsverlauf	66

1 Ausgangslage

Care@home wird im vorliegenden Bericht als Oberbegriff für koordinierte Versorgungsmodelle im häuslichen Setting verwendet, die eine akute medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Versorgung zu Hause ermöglichen. Care@home umfasst dabei unterschiedliche Modelltypen und Organisationsformen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Ein Teilbereich von Care@home ist Hospital@home. Darunter werden in diesem Bericht spitalsubstituierende Versorgungsmodelle verstanden, bei denen Personen mit bestehender Hospitalisierungsindikation anstelle einer stationären Aufnahme im häuslichen Setting behandelt werden. Der Schwerpunkt liegt primär auf akutsomatischen Versorgungsformen. Psychiatrische Home-Treatment-Modelle werden als verwandte, aber eigenständige Versorgungsform verstanden und sind terminologisch von akutsomatischen Hospital@home-Modellen zu unterscheiden.

Je nach Zielsetzung lassen sich verschiedene Versorgungsansätze unterscheiden. Admission Avoidance bezeichnet die Vermeidung einer stationären Aufnahme. Early supported discharge – in neuerer Diktion auch early supported transfer – bezeichnet die frühzeitige Entlassung oder Verlegung in die Weiterbehandlung zu Hause. Timely access beschreibt eine rasche und engmaschige Versorgung, insbesondere in peripheren Regionen. Diese Ansätze sind analytisch zu unterscheiden, da sie unterschiedliche Anforderungen an Prozesse, Verantwortung und Finanzierung stellen.

International sind verschiedene Versorgungsmodelle im häuslichen Setting etabliert, darunter Hospital at Home, Home Treatment, Virtual Wards, Patient at Home und weitere Formen von Care@home. Diese Modelle unterscheiden sich hinsichtlich Zielgruppe, klinischer Verantwortung, Leistungsumfang und Finanzierungslogik. Aussagen zu Wirksamkeit, Kosten und Übertragbarkeit sind deshalb nur eingeschränkt modellübergreifend möglich.

Auch in der Schweiz zeigt sich eine zunehmende Zahl an Care@home-Modellen, kantonalen Pilotprojekten und Netzwerkstrukturen. Dies weist auf ein wachsendes Interesse an sektorenübergreifenden Versorgungsformen hin, die Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erbringen. Dies fügt sich gut in die gesundheitspolitische Strategie des Bundes 2020-2030 ein und dürften durch das Volks-Ja zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) zusätzlich an Aufwind gewinnen.

An der Berner Fachhochschule (BFH) ist mit dem Swiss Center for Care@home (SCC) eine dynamische Netzwerkstruktur entstanden, bestehend aus Leadpartner:innen der Praxis (Leistungserbringer:innen, Wirtschaft, Versicherung, MedTech, etc.), Expert:innen der Forschung und Lehre sowie kantonalen und nationalen Forschungsinstitutionen. Das SCC befasst sich mit Versorgungsmodellen an der Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ziel ist es, innovative Care@home-Konzepte zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren und sie für eine mögliche Nutzung in der Regelversorgung aufzubereiten.

Das vorliegende Arbeitspaket 2 (AP2) des SCC fokussiert sich dabei auf das Thema Finanzierung im Bereich Care@home. Der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts liegt dabei primär auf spitalsubstituierenden Hospital@home-Modellen, insbesondere im Sinne von Admission Avoidance. Andere Care@home-Formen werden zur Einordnung berücksichtigt, stehen jedoch nicht im Zentrum der weiteren Analyse für diesen Bericht.

Parallel zu AP2 wurde im Rahmen der zweiten Anschubfinanzierung des SCC ein separates Projekt zur Finanzierung und Vergütung spitalsubstituierender akutsomatischer Versorgung im häuslichen Umfeld durchgeführt (1). Dieses Projekt ergänzt den vorliegenden AP2-Bericht insbesondere durch Analysen zum potenziellen Verlagerungsvolumen ausgewählter akutsomatischer Indikationen sowie durch einen internationalen Vergleich regulatorischer und anreizbezogener Rahmenbedingungen.

1.1 Datenlage und Reichweite des Berichts

Der vorliegende Bericht gibt eine Zwischenbilanz zur Finanzierung von Care@home und insbesondere spitalsubstituierenden Hospital@home-Modellen in der Schweiz. Er basiert auf der Analyse bestehender Tarifsysteme, internationalen Literaturbefunden, Prozessanalysen, Expert:inneninterviews sowie auf öffentlich verfügbaren Informationen zu Schweizer Pilotprojekten.

In der Arbeitsgruppe wurde für das Jahr 2025 entschieden, zunächst auf die im SCC vertretenen ausserkantonalen Schweizer Hospital@home Projekte mit einer spitalsubstituierenden akutsomatischen Behandlung zu fokussieren, weil diese

derzeit nur mit Pilotfinanzierungen durch die Kantone Zürich und Baselland kostendeckend operieren können und daher bereits initial besonders an einer Unterstützung interessiert waren.

Eine zentrale Einschränkung besteht darin, dass für die Schweizer Pilotprojekte bisher keine öffentlich verfügbaren und vergleichbaren Kosten- oder Abrechnungsdaten vorliegen. Im Rahmen der Arbeiten von AP2 wurde dieser Punkt explizit abgefragt. Dies ist vor dem Hintergrund laufender Pilotfinanzierungen, vertraulicher Verhandlungen mit Kantonen und Versicherern sowie unterschiedlicher institutioneller Ausgangslagen nachvollziehbar, schränkt die gesundheitsökonomische Bewertung jedoch deutlich ein.

Der Bericht kann deshalb keine belastbare Aussage dazu machen, wie viel eine Hospital@home-Behandlung in Schweizer Pilotprojekten effektiv kostet, welche Beiträge im Einzelfall abgerechnet werden oder ob die bestehenden Modelle unter heutigen Bedingungen kostendeckend betrieben werden können. Aussagen zu Kosten und Finanzierung sind entsprechend eingeschränkt.

1.2 Tarifsysteme der Schweiz

Für die Finanzierung von Versorgungsleistungen in der Schweiz bestehen derzeit unterschiedliche Tarif- und Finanzierungslogiken für ambulante ärztliche Leistungen, stationäre Akutversorgung und ambulante Pflegeleistungen. Diese Unterscheidung ist für Care@home relevant, weil entsprechende Versorgungsmodelle insbesondere im Fall von Hospital@home stationäre Behandlungen substituieren können, gleichzeitig aber im häuslichen Setting unter Einbezug ambulanter und pflegerischer Leistungen erbracht werden. Abbildung 1 zeigt die heutigen Finanzierungsanteile vereinfacht im Überblick und stellt sie der Reformperspektive durch EFAS gegenüber.



Abbildung 1 Finanzierungsanteile im Überblick – heutige Finanzierungslogiken und EFAS-Reformperspektive, eigene Darstellung

1.2.1 Ambulante Abrechnung ärztlicher Leistungen

Ambulante ärztliche Leistungen wurden in der Schweiz bis Ende 2025 nach TARMED abgerechnet. TARMED ist ein Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis Gültigkeit hat. TARMED findet im Rahmen der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung und der Militärversicherung Anwendung. Dabei spielt es keine Rolle, ob die ärztliche ambulante Leistung im Spital oder in der Arztpraxis erbracht wurde. TARMED kennen Einzelleistungen mit Taxpunkten, Leistungen nach Zeitaufwand mit Minutagen, sowie Pauschalen. TARMED umfasst mehr als 4'500 Leistungen. Der jeweilige Wert eines Taxpunktes wird auf kantonaler Ebene durch die kantonalen Tarifpartner bestimmt und durch die zuständigen Behörden genehmigt.

Bei ambulanten Behandlungen bezahlt die obligatorische Krankenversicherung derzeit (2025) 100% der erstattungsfähigen Leistungen. Der Kanton übernahm bis Ende 2025 keine Kosten der ambulanten Behandlung. Seit dem 1. Januar 2026 werden ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen des neuen Gesamttarifsystems abgerechnet, das die Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen umfasst. TARDOC enthält nur noch 1'300 Tarifpositionen und unterscheidet zwischen Handlungsleistungen und Zeitleistungen. Viele bisherige Handlungsleistungen wurden in Zeitleistungen mit entsprechender Minutagen umgewandelt. Wie bereits im TARMED erfolgt die Bewertung über Taxpunkte. Zusätzlich kommt ein External Factor EF dazu, ein von den Tarifpartnern verhandelter Wert, der die kostenneutrale Überführung des TARMED in den TARDOC sicherstellt. TARDOC ist hier [QAAT-OTMA](#) verfügbar.

Die ambulanten Pauschalen bilden eine eigenständige Tarifstruktur innerhalb des neuen Tarifsystems. Sie kommen bei standardisierbaren ambulanten Behandlungen zur Anwendung, beispielsweise bei einer Kataraktoperation. Ambulante Pauschalen umfassen die für eine bestimmte Behandlung definierten Leistungen. Dazu zählen beispielsweise ärztliche und nichtärztliche Leistungen, Material, bestimmte applizierte oder injizierte Medikamente, sowie Laborleistungen. Zusätzlich können weitere Leistungen, etwa Pathologieleistungen innerhalb eines festgelegten Zeitraums, eingeschlossen sein. Für einzelne Leistungen, insbesondere bestimmte Medikamente, gelten jedoch Ausnahmen oder besondere Abrechnungsregeln.

1.2.2 Stationäre Fallpauschalen (SwissDRG)

Stationäre Behandlungen in der Schweiz werden nach einem Fallpauschalensystem, abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild, abgerechnet. Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patient:innen in Kategorien einteilen und messen lassen. Diese Fallgruppensystematik ermöglicht die leistungsbezogene Abgeltung mit nationalgültigen Fallpauschalen gemäss KVG. DRGs können als eine überschaubare Anzahl von diagnosebasierten Klassen definiert werden, die sich anhand ihres klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches unterscheiden. Mit Hilfe dieser DRGs lässt sich die Leistung eines Spitals messen. Sie bilden damit eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung.

Das Schweizer DRG-System wird jährlich von SwissDRG AG aktualisiert. Erkrankungen werden in (Stand 2026) 23 Major Diagnostic Categories MDC eingeteilt. Voraussetzung dazu ist eine Festlegung der Diagnosen (nach ICD-10) und der beim Patient:in erbrachten Prozeduren (CHOP). In 2026 wird das System SwissDRG 15.0 angewendet ([Fallpauschalenkatalog :: SwissDRG](#)). Für bestimmte hochteure Behandlungen/Arzneimittel können Zusatzentgelte zusätzlich zur DRG-Fallpauschale abgerechnet werden, wenn diese nicht eindeutig einer einzelnen Fallpauschale zugeordnet werden können.

Bei stationären Patient:innen, die in Listenspitälern behandelt werden, übernimmt der jeweilige Kanton derzeit 55% der stationären Fallpauschale, die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach einer entsprechenden Kostengutsprache die restlichen 45% der Kosten.

1.2.3 Ambulante Abrechnung pflegerischer Leistungen

Ambulante Pflege: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) folgende Beiträge pro Stunde: Grundpflege CHF 52.60, Untersuchung und Behandlung CHF 63.00, Abklärung, Beratung, Koordination CHF 76.90. Pro Einsatz werden minimal 10 Minuten in Rechnung gestellt. Anschliessend wird in Einheiten von 5 Minuten abgerechnet. Die Pflegebedürftigen bezahlen je nach Kanton/Gemeinde eine Patientenbeteiligung von maximal CHF 15.35 pro Tag resp. CHF 5613.70 pro Jahr; dies zusätzlich zum normalen Selbstbehalt und der Franchise. Die Restfinanzierung übernehmen der Kanton respektive die Gemeinde [Spitex Schweiz - Spitex - Spitex-Leistungen - Kassenpflichtige Leistungen](#).

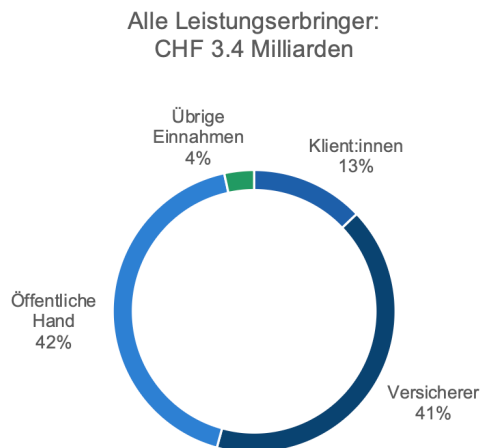


Abbildung 2 Finanzierung der ambulanten Langzeitpflege nach Kostenträger, alle Leistungserbringer, 2023. Quelle: Spitex Schweiz, Folie 15; Vortrag Esther Bättig an der BFH Medizininformatik am 21.11.2025, Datenquellen: BFS (2)

1.2.4 Einheitliche Finanzierung der Leistungen EFAS

Die kantonale Finanzierung ausschliesslich für die stationäre Behandlung führt zu Fehlanreizen. Daher wird ab 2028 eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, ab 2032 auch von Pflegeleistungen im Rahmen von EFAS [KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen](#) stattfinden. Dann werden 26.9% der Nettokosten sowohl für ambulante wie auch für stationäre Behandlung durch den Kanton übernommen, 73,1% durch die Prämien der Versicherten in der obligatorischen Krankenversicherung.

1.3 Versorgungsmodelle

Typischerweise wird Care@home Versorgung im Haus / Wohnung oder der gewohnten Lebensumgebung des Patient:innen von einem interdisziplinären Team erbracht. Kennzeichnend ist, dass eine gemeinsame Versorgung durch ärztliches und pflegerisches Fachpersonal stattfindet. Je nach Umfang der häuslichen Versorgung spricht man hier auch «spitalsubstituierender Versorgung», wenn beispielsweise Infusionen, Perfusoren oder Beatmungstherapie und andere invasive Therapieformen mit eingeschlossen werden.

Care@home zentriert sich demnach um die gewohnte Lebensumgebung (Abbildung 3)

Grundmodell C@h

- Variable Parameter:
- involvierte Akteure
 - usecase AA, ESD, TA
 - Point of Contact
 - Grad von Interprofessionalität, Intersektoralität

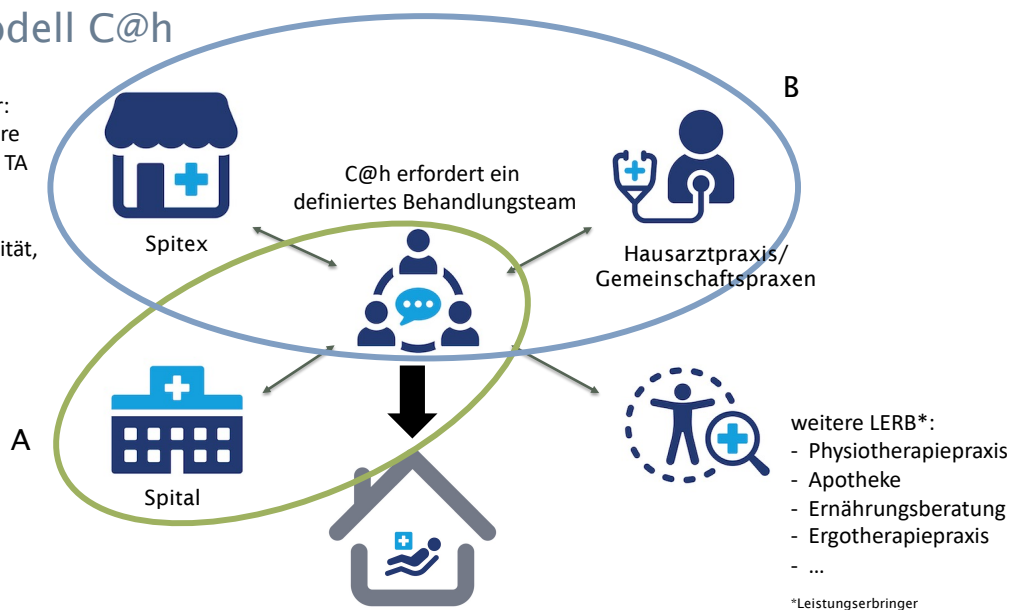


Abbildung 3 Erbringung von Care at home durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam in der Wohnumgebung der Patient:innen

Das Care@home Team kann sich, wie aus Abbildung 3 ersichtlich, aus unterschiedlichen Institutionen konstituieren. Neben den Extremformen eines rein von einem Spital aufgestellten Care@home Teams (A, grün) oder eines rein von niedergelassenen Praxen und Spitex-Organisationen zusammengesetzten Teams (B, blau) sind diverse Mischformen möglich und als erste Piloten in der Schweiz zu finden.

Dies hat unmittelbare Auswirkungen einerseits auf den Prozess der Care@home Versorgung wie später zu sehen sein wird, als auch auf die möglichen Finanzierungsoptionen als Schwerpunkt des vorliegenden Arbeitspaketes.

1.4 Welche Piloten zu Care@home gibt es in der Schweiz?

Im Rahmen einer SCC-Übersicht wurden in der Schweiz 31 Care@home-nahe Initiativen identifiziert (Stand September 2025; ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Die gelisteten Angebote bilden jedoch keine einheitliche Versorgungsform ab. Sie umfassen akutsomatische Hospital@home-Programme, psychiatrische Home-Treatment-Modelle sowie einzelne netzwerkartige Versorgungsstrukturen. Diese Programme unterscheiden sich deutlich hinsichtlich Zielgruppe, klinischer Verantwortung, Leistungsumfang und Finanzierungslogik. Sie sind deshalb nur eingeschränkt direkt miteinander vergleichbar. Für die weiteren Analysen in AP2 werden primär akutsomatische spitalsubstituierende Modelle im Sinne von Admission Avoidance berücksichtigt.

Kanton	Programm (Somatik)	
AG	Hospital at Home , Kantonsspital Baden	1
AG	reha@home , ZurzachCARE	2
BL	Hospital at Home , Kantonsspital Basel Land	3
BL	Hospital at Home , Klinik Arlesheim	4
BS	Hospital at Home , Universitätsspital Basel (im Aufbau)	5
BS	Kidz – Pädiatrisches Hospital at Home	6
BE	Patient@home , SZB	7
GE	Hospitalisation à Domicile , IMAD Genf	8
GR	Hospital at Home , Kantonsspital Chur (im Aufbau)	9
LU	Virtual Care , Luzerner Kantonsspital	10
SZ	Spital@home , Medizin am Klosterplatz - we4you	11
VD	Geriatrisches Hospital at Home , CHUV	12
VD	Hospital at Home , CHUV	13
VS	Mobiler Palliativdienst Oberwallis , Spital Wallis	14
ZH	Hospital@home AG	15
ZH	Visit , Spital Zollikerberg	16
ZH	Mobiler Palliativdienst , GZO Wetzikon	17
TI	HospitHome , Start-Up	18

Tabelle 1 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, somatische Programme

Kanton	Programm (Psychiatrie)	
AG	Home Treatment , Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG)	19
BL	Home Treatment , Psychiatrie Baselland	20
BS	Home Treatment , Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	21
BE	Home Treatment , Spital Langenthal, Spital Region Oberaargau (SRO)	22
BE	Home Treatment , Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	23
BE	Mobile Akutbehandlung Thun MOAB , Psychiatrische Dienste Thun der STS AG	24
LU	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung , Luzerner Psychiatrie (LUPS)	25
TG	Stationsäquivalente Behandlung (StäB) , Spital Thurgau	26
TI	Home Treatment , Clinica psichiatrica cantonale (CPC)	27
ZH	Home Treatment , Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUKZ)	28
ZH	Home Treatment , Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)	29

Tabelle 2 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, psychiatrische Programme

Kanton	Programm (Netzwerke)	
BE	Réseau de l'Arc	30
VD	Réseau de santé , EHC Morges	31

Tabelle 3 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, Netzwerke

Die Tabellen 1 bis 3 dienen der deskriptiven Kartierung der Schweizer Care@home-Landschaft. Sie bilden nicht den engen Analysekorpus der vorliegenden Arbeit ab. Für die späteren Aussagen zu Prozessen, Outcomes und Finanzierung sind insbesondere akutsomatische, spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle im Sinne von Admission Avoidance relevant. Auffällig ist zudem eine ungleiche kantonale Verteilung der Initiativen. Kantone ohne «bekannte Initiativen» sind dabei nicht zwingend als kantonal inaktiv zu interpretieren, sondern können auch Ausdruck davon sein, dass Programme in der Übersicht nicht erfasst wurden.

Die folgende Abbildung 2 zeigt die räumliche Verteilung der bisher in der Schweiz identifizierten Care@home-Modelle. Nummernzuordnung siehe Tabelle 1, 2 und 3.

Es fällt dabei auf, dass viele der Modelle bisher in der deutschsprachigen Schweiz angesiedelt sind, mit einer gewissen Schwerpunktbildung insbesondere der spitalsubstituierenden Hospital@home-Projekte in Zürich, Basel und Basel Land. Im Kanton Bern liegt der Schwerpunkt derzeit auf den Psychiatrie-getriebenen Modellen der Lila Gruppe. In einigen Kantonen konnten zum Erhebungszeitpunkt keine Care@home-Projekte identifiziert werden.

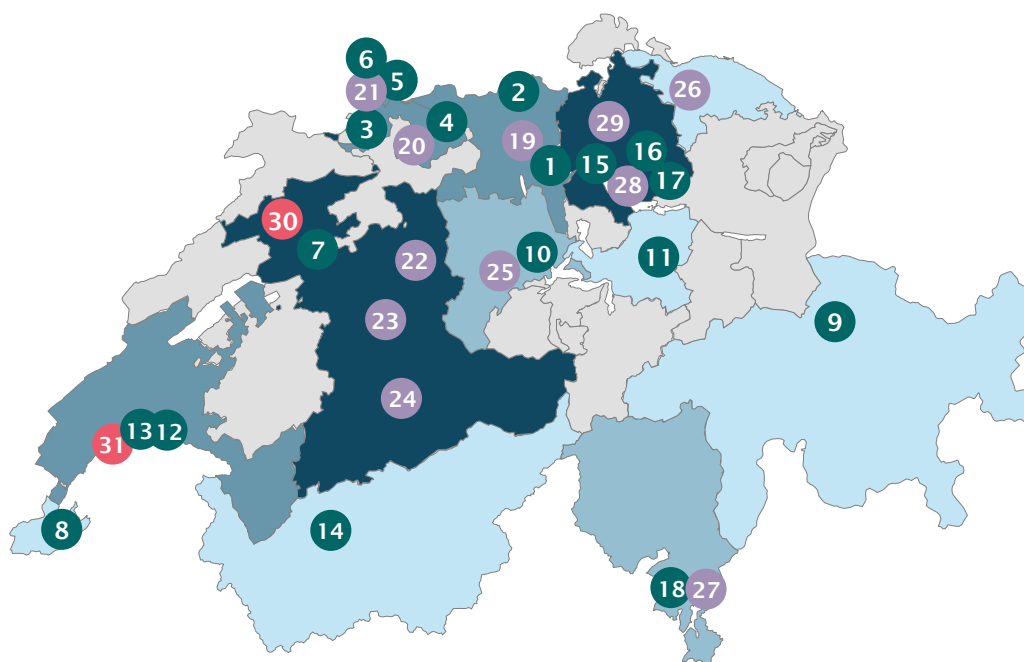


Abbildung 4 Karte Care@home-Initiativen in der Schweiz, eigene Darstellung

Für die Einordnung ist zentral, dass nicht alle Programme eindeutig den in der Literatur gängigen Kategorien Admission Avoidance (AA) oder Early Supported Discharge/Transfer (ESD) entsprechen. Ein Teil der Initiativen ist zwar "care@home"-nah, zielt aber nicht primär auf die Vermeidung einer stationären Aufnahme oder auf eine verkürzte Akutspitalphase ab, sondern adressiert andere Versorgungslücken oder Patient:innengruppen.

Zudem beruhen viele Modelle auf einer spezifischen Versorgungslogik mit Kooperationen. Die Umsetzung ist häufig nur mit gut funktionierenden Schnittstellen zu ambulanten Diensten (z.B. Spitex), hausarztmedizinischer Versorgung sowie spezialisierten interprofessionellen Teams möglich und hängt damit stark von regionalen Strukturen und vorhandenen Ressourcen ab. Diese Vielfalt erschwert direkte Vergleiche zwischen Programmen (unterschiedliche Zielgruppen, Leistungsumfang, Intensität und Finanzierung).

Im vorliegenden Bericht werden aufgrund der unter 1.1 Datenlage und Reichweite des Berichts erwähnten Priorisierung im AP2 deshalb die breitere Care@home-Landschaft und der engere analytische Fokus bewusst getrennt: Die Übersicht in Kapitel 1.4 dient der Kontextualisierung, während die weiteren Analysen primär akutsomatische, spitalsubstituierende Admission-Avoidance-Modelle betreffen.

2 Prozesse im Hospital@home

Care@Home lässt sich in der Praxis als interdisziplinäres Versorgungsmodell verstehen, bei dem die Behandlung im häuslichen Umfeld durch ein definiertes Team verschiedener Akteure erbracht wird. Die Abbildung 3 skizziert dieses Grundmodell und zeigt die typischen Beteiligten sowie die variablen Parameter. Je nach konkreter Ausprägung dieser Parameter können sich Rollen, Steuerung und Verantwortlichkeiten entlang der Prozesskette unterscheiden.

Wie in Kapitel 1 beschrieben umfasst das weiter gefasste Care@home gleichzeitig auch spitalsubstituierend agierende Projekte des Hospital@home. Nur ein kleiner Teil der in Tabelle 1 bis 3 und Abbildung 4 dargestellten Programme in Schweiz sind tatsächlich spitalsubstituierende Hospital@home, vielmehr zielen diese Programme auf bestimmte Patient:innengruppen bzw. Versorgungslücken.

Entsprechend der Zusammensetzung des jeweiligen Care@home Teams sollten Finanzierungsmodelle für die Schweiz künftig differenziert betrachtet werden nach den jeweiligen eher von ambulanter Seite oder eher von einem Spital getriebenen Versorgungsmodellen. Je nachdem, ob die Versorgung der Patient:innen zu Hause komplett vom Spital gesteuert, in einem gemischten Modell oder komplett auf der ambulanten Ebene durchgeführt wird, kommen – siehe Kapitel 1.2 - in der Schweiz prinzipiell eigentlich unterschiedliche Tarifsysteme und Finanzierungsmodelle in Betracht. Andererseits ist zu überlegen, ob die sich die Finanzierung prinzipiell immer nach der erbrachten Leistung und nicht nach der Lokalisation des Leistungserbringers richten sollte, so dass alle Leistungserbringer gleichberechtigt am Care@home mitwirken können.

Aus diesem Grund haben AP2 Finanzierung und AP3 Digitalisierung eine gemeinsame Aktion gestartet, um die Abläufe in Care@home in Schweizer Pilotinstallationen detaillierter zu analysieren und sowohl im Hinblick auf den Ort der Erbringung einer Aktivität, als auch auf die verbundenen administrativen und späteren abrechnungstechnischen Aktivitäten im Detail zu betrachten.

2.1 Methodik der Prozess-Erfassung

Entsprechend der Fokussierung für 2025 im AP2 (und in diesem Fall auch AP3 Digitalisierung) wurden bisher drei reine Hospital@home Standorte untersucht, die explizit eine kurzzeitige spitalsubstituierende Versorgung erbringen und überwiegend im Bereich Admission Avoidance angesiedelt sind. Hierzu wurde an jedem Standort ein zweistündiges semistrukturiertes Interview durchgeführt. Die Interviews wurden mithilfe von Leitfragen strukturiert. Die Interviewpartner:innen schilderten ihren Alltag und wurden gebeten, ihre jeweiligen Arbeitsprozesse Schritt für Schritt möglichst detailliert zu beschreiben. Durch gezielte Vertiefungsfragen wurden Unklarheiten geklärt und relevante Details ergänzt. Die Inhalte wurden während der Interviews in Notizen festgehalten und zusätzlich per Video aufgezeichnet. Danach wurde basierend auf den Videoaufzeichnungen Prozessmodelle in Wertschöpfungskettennotation erstellt. Diese Modelle wurden in einem Feedbackprozess an die interviewten Personen zurückgespielt und das Feedback eingearbeitet. Diese Arbeiten erstreckten sich bis Mitte 2026 weswegen im vorliegenden Bericht nur ein verkürzter Zwischenstand dargestellt wird. Die Prozessanalyse ist daher als explorative Pilotstudie für die Schweizer Hospital@home-Landschaft zu verstehen und bildet keine repräsentative Grundlage für die gesamte Schweizer Care@home-Landschaft.

Die drei Interviews orientierten sich exemplarisch am Krankheitsbild Pneumonie, da dieses an allen drei Standorten bisher am häufigsten behandelt wird und sich dadurch besonders für einen standortübergreifenden Prozessvergleich eignet. Pro Standort nahmen in der Regel eine ärztliche Person und eine Pflegefachperson teil. Bei einem Standort war ausschliesslich eine Ärztin beteiligt.

Neben den Prozessschritten wurden auch eingesetzte Geräte und IT-Systeme sowie Aspekte der Abrechnung thematisiert. Auf Basis der Interviewdaten wurden die Wertschöpfungsketten in PowerPoint erarbeitet.

In einer Feedback-Runde wurden/werden die Wertschöpfungsketten an die jeweiligen Standorte zurück gespiegelt, um diese zu validieren. Zur Validierung erhielten die Standorte eine kurze Leseanweisung, um Vorgehen und Darstellungslogik nachvollziehbar zu machen. Anpassungen und Korrekturen konnten direkt mittels Kommentaren eingebracht werden. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung lagen erst Rückmeldungen von zwei Standorten vor. Das Feedback des dritten Standorts stand noch aus. Aus Gründen der Anonymisierung werden die Standorte im Bericht nicht namentlich genannt, sondern ausschliesslich als „Standort“ referenziert.

2.2 Erste (vorläufige) Ergebnisse der Prozessanalyse für die Schweiz

In den folgenden Kapiteln werden – wie bereits erwähnt - vorläufige Ergebnisse - im Hinblick auf die Prozesse von Care@home Anbietern generisch und standortübergreifend beschrieben und entlang des Patientenpfads in Form von Wertschöpfungsketten dargestellt. Es handelt sich um eine aktuell fortlaufende Analyse, bei der derzeit nur drei Schweizer Standorte berücksichtigt und nur zwei davon validiert sind. Alle bisher befragten Standorte erbringen eine kurzzeitige spitalsubstituierende Behandlung –im Sinne von Hospital@home. Weitere Befragungen sind geplant.

Das noch ausstehende Ziel der Untersuchung wird sein, die Abläufe zwischen den drei Standorten vergleichbar zu machen und den Versorgungsprozess einer spitalsubstituierenden Admission Avoidance Behandlung möglichst generisch abzubilden.

Symbollegende zur Wertschöpfungskette

In diesem Abschnitt wird die Symbolik der Prozessdarstellung erklärt. Die in der Wertschöpfungskette verwendeten Icons kennzeichnen, welche Akteure (z.B. Notfall, Arztpraxis, Pflege, Arzt:in, Pflegeheim, Leitstelle) in einem Prozessschritt beteiligt sind bzw. die fachliche Verantwortung tragen. Zusätzlich markieren Zeitsymbole (Dauer, Tage, Zeitpunkt), wie ein Schritt zeitlich einzuordnen ist. Die Legende dient damit als Orientierung, um die Prozessgrafik standortübergreifend einheitlich zu lesen und Verantwortlichkeiten sowie zeitliche Angaben pro Prozessabschnitt schnell zu erfassen.

- Pflegeheim: Schnittstelle zum Pflegeheim (z.B. Patient:in kommt von dort, Rücksprache/Organisation mit Pflegeheim)
- Arztpraxis: Zuweisung oder Abstimmung durch den Hausarzt bzw. niedergelassene Praxis.
- Notfall: Kontaktpunkt im Spital-Notfall (z.B. Abklärung, Zuweisung, Entscheidungsfindung).
- Arzt:in: Ärztliche Verantwortung im Prozessschritt (medizinischer Entscheid, Visite, Verordnung, Bericht).
- Pflege: Pflegerische Verantwortung im Prozessschritt (Assessment, Schulung, Material, Pflegevisiten, Durchführung).
- Dauer: ungefähre Dauer eines Prozessschritts (Zeitaufwand).
- Tage: zeitliche Einordnung als Anzahl Tage (z.B. Behandlungsdauer über mehrere Tage).
- Zeit: konkreter Zeitpunkt innerhalb eines Tages (z.B. morgens/abends, Visitertermin).
- Leitstelle: Koordinations- bzw. Dispositionsstelle (Einsatzplanung, Steuerung/Kommunikation).



Abbildung 5 Verwendete Symbole in der Wertschöpfungskette

2.3 Level 2 Aktivität Zuweisung

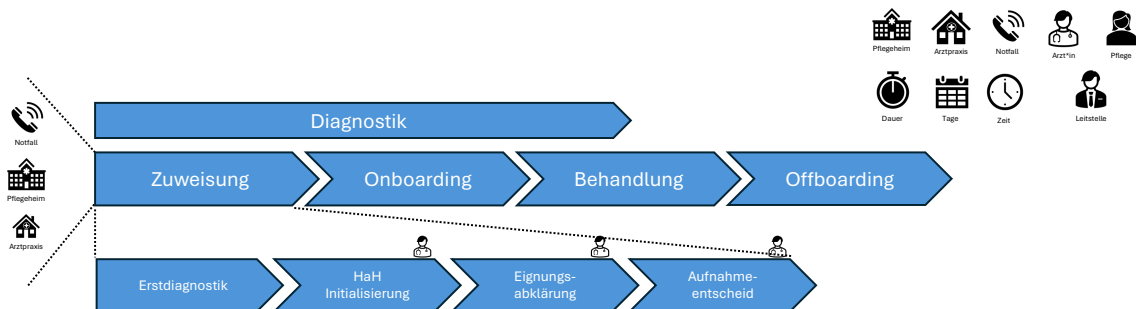


Abbildung 6 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Zuweisung im Care@home Prozess

Die Darstellung zeigt die Top Level Wertschöpfungskette des Patientenprozesses für Care@home wie sie bisher (mit Schweizer Pilot-Standorten – Schwerpunkt bisher spitalsubstituierende Versorgung im Sinne von Hospital@home) erarbeitet wurde. Der Top Level Prozess umfasst die vier Aktivitäten Zuweisung, Onboarding, Behandlung und Offboarding. Die Aktivität Diagnostik wird parallel als durchgängiger Vorgang bis zum Abschluss der Behandlung mitgeführt und ist nicht auf eine einzelne Phase beschränkt.

In der Phase der Zuweisung beginnt der Prozess mit der Erstdiagnostik durch den Zuweiser. Der Umfang dieser Erstdiagnostik variiert je nach Zuweiser deutlich; insbesondere kann bereits vor Kontaktaufnahme umfangreiche Bildgebung vorliegen (vgl. Kapitel 2.7 Durchlaufende Aktivität Diagnostik). Anschliessend erfolgt die H@H-Initialisierung, in der Regel über eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Hospital@home-Team. Darauf aufbauend wird die Eignung des/der Patient:in für die Behandlung im Hospital@home-Programm abgeklärt, worauf der Aufnahmeentscheid getroffen wird (ärztlicher Entscheid). Standortabhängig spielt hierbei auch die Einschätzung der Pflege eine relevante Rolle, da die Pflege teils vor dem ärztlichen Entscheid ein Erstgespräch mit dem Patient:in, beispielsweise auf dem Notfall, führt.

Zwischen den Standorten bestehen Unterschiede bei der Zuweisung: Ein Standort rekrutiert ausschliesslich über den Notfall, ein Standort überwiegend über den Notfall, aber auch über den Hausarzt, und ein Standort erhält mehr als 50% der Zuweisungen über (bekannte) niedergelassene Ärzte.

Die Eignungsabklärung dient dazu, Patient:innen zu identifizieren, die für eine spitalersetzende Behandlung im H@H-Setting geeignet sind. Über alle Standorte hinweg lassen sich dabei wiederkehrende Kriterien erkennen, insbesondere eine im H@H behandelbare Diagnose, eine notwendige stationäre Behandlungsindikation sowie eine ausreichende Selbstständigkeit oder vorhandene Unterstützung durch Angehörige. Zudem spielt die Erreichbarkeit des Wohnortes (zeitlicher Radius) als organisatorische Rahmenbedingung an allen Standorten eine zentrale Rolle.

Unterschiede zeigen sich in der konkreten Ausgestaltung: Ein Standort betont zusätzlich die kardiopulmonale Stabilität und nennt einen 30-Minuten-Radius. Ein weiterer Standort führt die Abklärung auf dem Notfall mittels Checkliste durch, bezieht explizit pflegerische Einschlusskriterien ein und berücksichtigt technische Rahmenbedingungen (z.B. Funkloch/WLAN) bei einem 15-Minuten-Radius. Der dritte Standort nennt als zusätzliches Kriterium die telefonische Erreichbarkeit und definiert einen 20-Minuten-Radius.

2.4 Level 2 Aktivität Onboarding

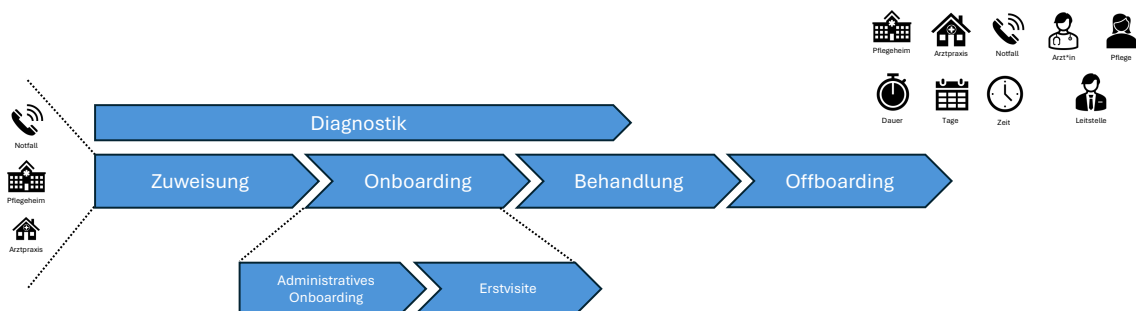


Abbildung 7 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Onboarding im Care@home Prozess

Das Onboarding umfasst ein administratives Onboarding sowie die Erstvisite. Im administrativen Onboarding werden die Patientenplanung und die Eintrittsmeldung an den Hausarzt vorgenommen, dies erfolgt durch den behandelnden H@H-Arzt.

Die Erstvisite findet in der Regel bei den Patient:innen zu Hause statt, kann je nach Standort und Situation jedoch auch bereits auf dem Notfall erfolgen. Sie dient der Aufklärung und der Einholung der Einwilligung zur Behandlung sowie der Einwilligung im Bereich Datenschutz. Zudem wird die Eignung im konkreten häuslichen Setting nochmals überprüft. Das erforderliche Material, welches standortabhängig aus unterschiedlichen Komponenten besteht (z.B. Materialbox, Tablet/Telefon sowie Biobeat-Uhr oder -Patch), wird anschliessend zu Hause installiert. Diese Erstvisite wird primär durch die Pflege durchgeführt und meist erfolgt ein Pflegeassessment. In einem Standort wird der/die Patient:in vor dem Eintrittsentscheid nicht zwingend persönlich gesehen, dadurch kann es in Einzelfällen nach der Erstvisite zu einer Spitaleinweisung kommen, wenn die häuslichen Umstände oder die Diagnose/Erkrankung eine Behandlung zu Hause nicht zulassen.

Die Rückkehr der Patient:innen nach Hause wird standortabhängig unterschiedlich organisiert. Ein Standort setzt fast ausschliesslich auf eine selbstständige Heimreise, meist durch Angehörige (ca. 99%) und nur selten erfolgt ein Krankentransport (nicht Ambulanz), typischerweise bei Sauerstoffbedürftigkeit. Ein weiterer Standort nutzt neben der selbstständigen Heimreise und dem Transport durch Angehörige auch Taxi-Fahrten und alternativ begleitet die Pflege den/die Patient:in direkt vom Notfall nach Hause. Diese Transport- bzw. Begleitlösung ist in der Fallpauschale inbegriffen.

2.5 Level 2 Aktivität Behandlung

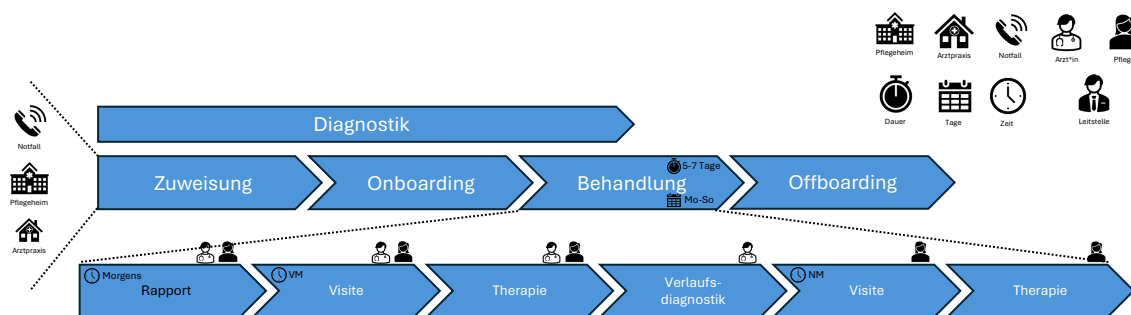


Abbildung 8 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Behandlung im Care@home Prozess

Die Behandlungsphase beinhaltet einen (morgentlichen) Rapport sowie die wiederkehrenden klinischen Aktivitäten Visiten, Verlaufsdagnostik und Therapie. Der Rapport ist standortabhängig unterschiedlich organisiert und findet nicht zwingend in einem fixen Setting statt (beispielsweise auch mobil, etwa im Auto auf dem Weg zum/zur Patient:in). Die Visiten können je nach Standort interdisziplinär gemeinsam oder getrennt nach Berufsgruppen erfolgen. Gemeinsam bei allen Standorten ist, dass die Behandlung typischerweise über 5 bis 7 Tage zu Hause stattfindet und dabei durchgehend von Montag bis Sonntag abgedeckt wird. Die einzelnen Visiten dauern in der Regel rund 30 Minuten.

Für das betrachtete Krankheitsbild Pneumonie ist der Ablauf zwischen den Standorten ähnlich: Es erfolgt täglich eine Arztvisite (bei zwei Standorten ausser Sonntag) sowie täglich zwei Pflegevisiten, wobei zusätzliche Pflegekontakte möglich sind (bei zwei Standorten typischerweise drei bis vier). IV-Antibiotika werden im Rahmen der Pflegevisite verabreicht. Ein Standort beschreibt zusätzlich eine Behandlung mit Wickeln. Teilweise werden weitere Akteure eingebunden, insbesondere Physiotherapie und Apotheke. Für andere Krankheitsbilder sind standortabhängig weitere technische und therapeutische Elemente möglich (z.B. O2-Konzentrator, Inhalation, teilweise Perfusor, Waage).

2.6 Level 2 Aktivität Offboarding

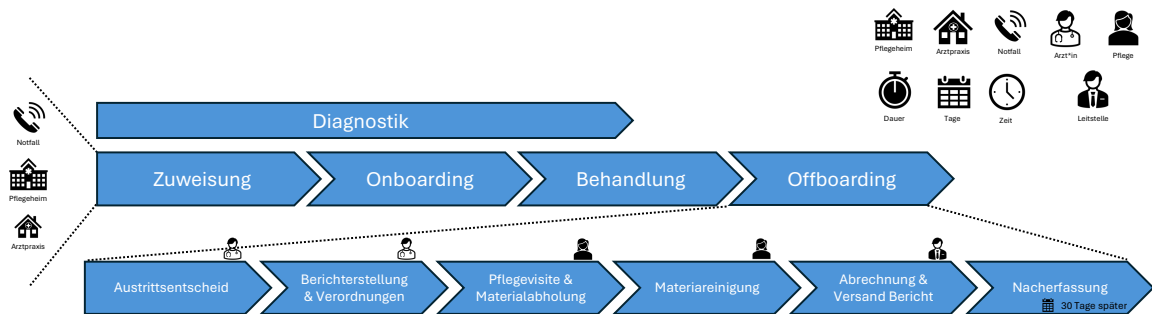


Abbildung 9 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Offboarding im Care@home Prozess

Das Offboarding wird an allen drei Standorten weitgehend einheitlich durchgeführt. Die Ablaufschritte und Verantwortlichkeiten sind standortübergreifend sehr ähnlich. Es beginnt mit dem Austrittsentscheid und umfasst anschliessend die Berichterstellung sowie allfällige Verordnungen. Danach erfolgt eine Pflegevisite zur Materialabholung, gefolgt von der Materiareinigung. Abschliessend werden die Abrechnung sowie der Versand des Berichts umgesetzt. Falls erforderlich, wird die Spitex informiert.

Ergänzend ist eine Nacherfassung nach 30 Tagen vorgesehen, unter anderem zur Erhebung, ob eine Rehospitalisierung stattgefunden hat. Zudem wird den Patient:innen ein Fragebogen abgegeben.

2.7 Durchlaufende Aktivität Diagnostik

Für die initiale Diagnostik spielt der Zuweisungskanal des/der Patient:in eine Rolle. Entweder erfolgt die Diagnostik vollständig über die Notaufnahme (ein(e) bereits durchdiagnostizierte(r) Patient:in geht in Hospital@home) oder zusätzlich teilweise zu Hause durch das H@H-Team. In der Notaufnahme werden für die Mustererkrankung Pneumonie je nach Fall CT oder Röntgen, nasopharyngeale PCR, Labor, Urin sowie Blutkulturen beschrieben.

Bei Patient:innen aus dem Pflegeheim liegt häufig bereits eine basale Initialdiagnostik vor, beispielsweise ein Urinstatus oder Laborwerte. Weiterführende Abklärungen wie Bildgebung sind jedoch oftmals noch nicht erfolgt. Bei Zuweisungen durch den Hausarzt werden klinische Diagnostik, Labor sowie gegebenenfalls ein Röntgen-Thorax und Ultraschall beschrieben. Ein Standort erwähnt, dass bei Eintritt über den Notfall bis zu 60% der Diagnostik bereits abgeschlossen sind. Die beim Patient:in zu Hause durchgeführte Diagnostik ist überwiegend klinisch (Abhören und Abklopfen der Lunge), ergänzt durch Blutabnahme und Labor, Urintest, respiratorischen Abstrich, Ultraschall vor Ort (Pleuraerguss) und EKG vor Ort.

Die konkrete Ausgestaltung der Verlaufsdiagnostik unterscheidet sich zwischen den Standorten. Ein Standort beschreibt ein erweitertes Set mit Vitalparametermessung, Ultraschall, mobilem Röntgen durch eine externe Firma sowie Labor über ein externes Labor, wobei die Probenlogistik über Kurierabholung bei der Leitstelle oder durch das H@H-Team organisiert wird. Ein weiterer Standort nennt Ultraschall, EKG und Labor als zentrale Elemente der Verlaufsdiagnostik.

Fortlaufend wird an keinem bisher befragten Standort ein POCT-Labor eingesetzt (ein Standort hat dies wieder aufgegeben). Als Optionen der Verlaufsdiagnostik werden klinische Beurteilung sowie Labor, Urin, Stuhl und Abstriche (Mitnahme) genannt, ergänzt durch Ultraschall und teilweise EKG. Insgesamt wird eher wenig Monitoring beschrieben. Sofern genutzt, erfolgt dies über eine Biobeat-Uhr oder einen Patch, wobei ein Standort initial alle Patient:innen damit ausstattet.

Darüber hinaus ist an einem Standort eine erweiterte Diagnostik bis hin zu CT/MRT sowie gastroenterologischen Untersuchungen (Gastro-/Koloskopie), kardialer Abklärung (Echo) und zudem Rücksprachen mit allen Fachdisziplinen möglich. Diese weiterführenden Untersuchungen finden im Spital im medizinischen Ambulatorium statt. Damit ist in solchen Fällen ein Transport des/der Patient:in zurück ins Spital erforderlich, obwohl die Behandlung im H@H-Setting erfolgt.

2.8 Konsequenzen für das AP2 Finanzierung

Alle bisher befragten Standorte erbringen beim Patient:innen für einen begrenzten Zeitraum eine spitalsubstituierende Versorgung (Hospital@home), meist über wenige Tage. Aus medizinischer und pflegerischer Perspektive handelt es sich

dabei um ein spitalersetzendes Versorgungsangebot mit ärztlicher Gesamtverantwortung und definiertem Behandlungszeitraum. Der Leistungsort (Wohnung statt Spitalgebäude) ändert nicht den Versorgungscharakter.

Bei den aktuell in zwei Kantonen getroffenen Pilotvereinbarungen wurde ein Konsens über den **kantonalen Anteil** der stationären Fallpauschale (55%) getroffen. Im Rahmen der Pilotvereinbarungen tragen die jeweiligen Kantone diesen kantonalen Anteil im Sinne einer stationären Abrechnung und tragen damit der spitalsubstituierender Behandlung Rechnung.

Anders sieht es mit dem **Versicherungsanteil** der Fallpauschale (45%) aus. Hierzu gab es an einigen Standorten Vereinbarungen mit einzelnen Krankenversicherungen. In diesem Fall haben sich die jeweiligen Versicherungen der stationären Fallpauschale angeschlossen. Bei einem Modell existierten Verträge mit allen drei Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer der Schweiz. Diese sind auf Basis einer DRG-angelehnten Fallpauschale (abzüglich Hotellerie- und Infrastrukturkosten) aufgebaut, die sich an der stationären Abrechnung orientiert und die spitalsubstituierende Leistung sachgerecht abbildet. In der Pilotphase hat sich dieses Vorgehen als zu aufwendig herausgestellt.

Insofern rechnen die Pilotstandorte zum jetzigen Zeitpunkt mit den Versicherungen ärztliche Leistungen über die **ambulant**en Arzttarife (TARDOC) ab. Diese Abrechnung erfolgt bis zum Maximum von 45% einer Fallpauschale. Eine zusätzliche Abrechnung von ambulant erbrachten Pflegeleistungen mit den Versicherungen findet bisher bei den befragten Standorten nicht statt.

Die aktuelle gesetzliche Situation wurde vom Bundesrat in drei parlamentarischen Antworten in den Jahren 2024 und 2025 (Curia Vista 24.7460, 24.3750, 24.4339) wie folgt definiert: Care@home ist rechtlich ambulant; SwissDRG-Tarife gelten primär zu Hause nicht. Insofern sind die getroffenen Pilotvereinbarungen in BL und ZH derzeit eine Übergangslösung, die der Bundesrat nicht als Regelmodell bestätigt hat.

Die bisherigen Interviews sprechen dafür, dass eine ausschliesslich ambulante Abrechnung über Einzelleistungstarife die Fallverantwortung, 24/7-Bereitschaft, interprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination, Risikoverantwortung und pflegerische Intensität eines spitalsubstituierenden Settings nur eingeschränkt abbildet.

Mit EFAS (einheitliche Finanzierung der Leistungen) werden ambulante und stationäre Leistungen ab 1. Januar 2028 nach demselben Verteilschlüssel durch Kantone und Versicherer finanziert. Ab 1. Januar 2032 gilt dies auch für Pflegeleistungen. Der kantonale Beitrag beträgt dabei mindestens 26,9% der Nettokosten (nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt), während die Versicherer höchstens 73,1% tragen. Dadurch wird die heutige starke Trennung der Finanzierungszuständigkeit zwischen ambulant und stationär reduziert, was die Notwendigkeit kantonaler Pilotvereinbarungen als Übergangslösung mittelfristig verringern könnte. Gleichzeitig ist für die Jahre 2028 bis 2031 eine Übergangsphase zu berücksichtigen, da die heutige Restfinanzierung der Pflegeleistungen in dieser Zeit weiterbesteht und erst ab 2032 durch EFAS abgelöst wird.

Mit der Vereinheitlichung der Grundlogik dürfte zudem der Druck steigen, Hospital@home aus Pilotkonstrukten in reguläre Tarife und Standardprozesse (TARMED/TARDOC und später ggf. Pflege) zu überführen. Die vorliegenden Prozessanalysen legen nahe, dass für spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle pauschalisierte oder episodenzugewandene Vergütung weiter geprüft werden sollten, da bestehende ambulante Einzelleistungslogiken die Gesamtverantwortung solcher Settings möglicherweise nur unvollständig abbilden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere darauf zu achten, dass Spezialleistungen wie zum Beispiel Diagnostik, Medizinaltechnik oder Arzneimittel, die einen bestimmten Schwellenwert übersteigen, getrennt von den pauschalisierten medizinischen Leistungen abgegolten werden, um die Therapiefreiheit des medizinischen Personals sicherzustellen. Falls Hospital@home künftig in bestehende stationäre Tarifstrukturen eingebaut wird, könnte dafür voraussichtlich bereits vorhandene Zusatzentgelte genutzt werden.

Auch wenn die Pflegeintegration erst 2032 wirksam wird, ist es strategisch bereits vorher relevant, Pflegeanteile sauber abzugrenzen und abrechnungsfähig zu dokumentieren, da die Schnittstelle zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen unter EFAS voraussichtlich stärker in den Fokus rückt.

Prinzipiell ist auch eine ambulante Tariflogik, beispielsweise mit Pauschalen, denkbar, sofern sie die Spezifika einer spitalsubstituierenden Versorgung vollumfänglich berücksichtigt.

Für AP2 ist daher zentral, dass sich das zukünftige Finanzierungsmodell nicht nur am Leistungsort und der Zusammensetzung des Care-Teams, sondern auch an der Versorgungsintensität, der klinischen Komplexität und der Fallverantwortung orientiert.

Aufgefallen ist in unseren Interviews, dass im Hospital@home-Setting insbesondere weiterführende Diagnostik weniger umfassend bzw. selektiver eingesetzt wird als im Akutspital. Das kann einerseits aus der Versorgungslogik heraus entstehen (z.B. Fokus auf klinische Beurteilung, engmaschige Verlaufsbeobachtung, gezielte Laborkontrollen statt breiter „Routine“-Diagnostik) und andererseits aus Prozess- und Logistikgründen (z.B. Verfügbarkeit von Bildgebung, Transportfragen,

Koordination mit externen Leistungserbringern). Wenn Diagnostik vermehrt ausgelagert oder punktuell organisiert wird, verschiebt sich zudem, wo Kosten anfallen (z.B. externes Labor, Radiologie, Transport), und wie diese Positionen tarifiert und begründet werden. Für AP2 Finanzierung ist deshalb relevant, Diagnostikpfade und Indikationskriterien zu standardisieren und die Entscheidung für/gegen Diagnostik nachvollziehbar zu dokumentieren, damit die Versorgungssicherheit und die Abrechenbarkeit (inkl. allfälliger Rückfragen der Versicherer) konsistent bleiben. In der Kostenträgerrechnung könnte an dieser Stelle auf Kostenkomponenten wie „Übriger Medizinischer Bedarf exkl. Arzthonorare“ oder „Übrige patientenbezogene Fremdleistungen“ zurückgegriffen werden.

Take-home Message

Für alle drei bisher untersuchten Schweizer Pilotstandorte mit spitalsubstituierender Hospital@home Versorgung im Sinne von Admission Avoidance bestehen derzeit Pilotvereinbarungen mit den Kantonen zur Übernahme einer pauschalisierten, an DRG angelehnten Finanzierung des kantonalen Anteils. Bestehende ambulante Einzeltariflogiken bilden diese Art Versorgungssituation eher unzureichend ab, eine langfristige pauschalisierte Abrechnungsform erscheint wünschenswert.

3 Care@home Finanzierung International – Ergebnisse der Literaturrecherche

3.1 Care@home Finanzierung international - Methodik der Recherche

Ziel der Literaturrecherche war es, einen internationalen Überblick über Finanzierungsansätze und Vergütungsmechanismen für Hospital@home-Modelle zu gewinnen. Im Fokus stand dabei primär das Modell *Admission Avoidance* (spitalsubstituierender Behandlung zu Hause). Gleichzeitig wurden zur Kontextualisierung und Abgrenzung auch Publikationen zu weiteren Ausprägungen von Hospital@home berücksichtigt. Zusätzlich wurde untersucht, ob und in welchem Ausmass in der Literatur niedrige Kosten im Vergleich zur stationären Behandlung berichtet werden. Die Recherche ist als Work in Progress zu verstehen, sowohl die Literaturliste als auch die Auswertung werden laufend ergänzt. Die im Bericht dargestellten Schlussfolgerungen zu Kosten, Finanzierung und Vergütungslogiken beziehen sich deshalb primär auf akutsomatische Hospital@home-Modelle im Sinne von Admission Avoidance.

Es wurde eine gezielte, pragmatische Literaturrecherche im Sinne eines Convenience Samples durchgeführt. Sie ist als explorative Evidenzsynthese zu verstehen und erhebt keinen Anspruch auf die Vollständigkeit oder methodische Stringenz eines systematischen Reviews. Ziel war eine rasche, thematisch strukturierte Evidenzsammlung zur Beantwortung praxisrelevanter Fragestellungen im Kontext der Finanzierung. Die Recherche wurde in den Datenbanken PubMed und Cochrane durchgeführt. Der Such- und Sammelzeitraum erstreckte sich von Ende 2024 bis Sommer 2025. Eingeschlossen wurden Publikationen aller Publikationsjahre. Berücksichtigt wurden deutsch- und englischsprachige Quellen. Eingeschlossen wurden Quellen, die sich auf Behandlung im häuslichen Setting beziehen und im Kontext Hospital at Home/Care at Home relevante Aussagen zur Finanzierung, zu Vergütungsmodellen oder zu Kostenvergleichen enthalten. Ausgeschlossen wurden Publikationen zur pädiatrischen Versorgung (Kinder) sowie Quellen ohne Bezug zur Behandlung zu Hause. Die Aussagekraft dieser Recherche ist dadurch eingeschränkt, dass nur zwei Datenbanken durchsucht wurden und zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht alle identifizierten Quellen vollständig extrahiert und bewertet waren.

Die Suchstrategie basierte auf zentralen Schlagworten und deren Kombinationen, insbesondere:

- hospital at home
- care at home
- Home-based care
- hospital in the home
- financing
- admission avoidance
- virtual ward

Ergänzend wurde eine Schneeballsuche angewendet, d. h. relevante Publikationen wurden auch über die Referenzlisten identifizierter Studien und Reviews ermittelt.

Die Literaturverwaltung erfolgte mit Zotero. Parallel wurde die identifizierte Literatur in einer Excel-basierten Übersichtsmatrix (– siehe Anhang 14.3 00_MatrixLiteratur2.0) dokumentiert und für die inhaltliche Bearbeitung in themenspezifische Literaturmatrizen überführt. Die Übersichtsmatrix erfasste u. a. folgende Variablen:

Author, Title, Journal, Year, Country, Studiendesign, Cochrane Study, Teil, Commentary, Art, Spitalersetzend? (Ja/nein).

Aus Platzgründen sind im Anhang nicht bei allen Matrizen sämtliche Spalten dargestellt, da dies den Umfang überschritten hätten und die Tabelle dadurch deutlich an Lesbarkeit verloren hätten. Die Umsetzungsmatrix (14.5 02_Umsetzung-MatrixLiteratur) umfasst zudem zusätzlich, outcome-spezifische Spalten.

Einbindung der Stakeholder: Im Verlauf der Arbeit wurde die Suche und Extraktion in Abstimmung mit Stakeholdern inhaltlich nachgeschärft. Insbesondere wurden zusätzliche Outcomes in den Fokus genommen, um die Bewertung von H@H nicht ausschliesslich auf Kosten zu reduzieren. Ergänzt wurden dabei u. a. Wiederaufnahmen ins Spital, Übertritt in stationäre Langzeitpflege (Residential Care Transfer), Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen), Übertritt in Rehabilitation, Aktivität/Mobilität (z. B. Sturzrisiko) sowie Patientenzufriedenheit.

3.2 Care@home Finanzierung international - Ergebnisse der Recherche

Eine Sammlung von aktuell insgesamt 88 Veröffentlichungen wurde als Volltext im Rahmen der Arbeitsgruppenarbeit zusammengetragen und in einer ersten mehrdimensionalen Matrix systematisch erfasst, stichwortartig zusammengefasst und kategorisiert. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren davon 29 Veröffentlichungen noch nicht im Detail bearbeitet bzw. vollständig ausgewertet. Erste Ergebnisse der Recherche wurden an Workshop 2 der Arbeitsgruppe vorgestellt und diskutiert.

Die Veröffentlichungen wurden in einem zweiten Schritt thematisch aufgeteilt nach der jeweiligen Hauptfragestellung in drei inhaltlich getrennte Matrizen mit jeweils unterschiedlichem Fokus:

- **Teil 1: Finanzierung ("Woher kommt das Geld?")**
Fokus: Finanzierungssysteme allgemein, nationale Modelle, Steuer- vs. Versicherungsfinanzierung, Akteursstrukturen.
- **Teil 2: Umsetzung (Kostenvergleich Hospital vs. Care@Home)**
Fokus: Studien, die innerhalb eines Papers Kosten zwischen stationärer und häuslicher Versorgung vergleichen
- **Teil 3: Tarifsysteme (DRG vs. Einzelzahlung / Vergütungsmodelle)**
Fokus: Payment Models, Bundled Payments, DRGs, Fee-for-Service, Policy Papers.

In den thematischen Matrizen wurden neben bibliografischen Angaben und Studiendesign u. a. methodische Eckpunkte, Kernergebnisse sowie outcome-spezifische Informationen extrahiert. Kostenbefunde werden im Folgenden unter Berücksichtigung unterschiedlicher Evidenzebene und, soweit möglich, unterschiedlicher Kostenperspektiven diskutiert. Direkte Vergleiche zwischen Studien sind aufgrund unterschiedlicher Gesundheits- und Vergütungssystem jedoch nur eingeschränkt möglich.

3.2.1 In welchen Ländern wird Care@home-Versorgung bereits praktisch umgesetzt?

Die meisten Quellen referenzieren auf eine eingeschränkte Anzahl von Ländern, in denen Care@home respektive Hospital@home bereits gut etabliert ist (3,4). Zu diesen Ländern zählen insbesondere

- Spanien
- Australien
- England
- Singapur
- Italien
- Frankreich

3.2.2 Fokussierung auf den Kostenvergleich

Der Hauptfokus der weiteren inhaltlichen Arbeit wurde zunächst auf den Teil 2, - Studien, die innerhalb eines Papers Kosten zwischen stationärer und häuslicher Versorgung vergleichen - gelegt. Dabei stammt die Kernevidenz aus mehreren Meta-Analysen, die bereits eine Zusammenfassung vorheriger Arbeiten systematisch aufarbeiten. Soweit möglich wurden auch alle relevanten Quell-Publikationen der Meta-Analysen gesucht und in die weitere Bearbeitung einbezogen.

Als erstes ist der aktualisierte Cochrane-Review Edgar et al., 2024 (5) zu nennen: Dieser umfasst 20 randomisierte kontrollierte Studien aus dem Zeitraum bis Februar 2022 und beschränkt sich auf Erwachsene > 18 Jahre. Der Review fokussiert auf Vermeidung einer stationären Aufnahme (Admission avoidance) und erfasst insgesamt rund 3'100 Patient:innen mit diversen akutmedizinischen Ereignissen wie COPD, Herzinsuffizienz und geriatrische Akutereignisse.

Als zweites wurde ein Review-of-Reviews Leong et al. (2021) (3) herangezogen, bei dem zwischen Admission Avoidance, Early Supported Discharge /Transfer, sowie gemischten Studien verglichen wird.

3.2.3 Publierte internationale Kostendaten für Care@home

Exemplarisch wird hier der Kostenvergleich aus dem Cochrane-Review Edgar et al., 2024 (5) dargestellt, siehe Abbildung 10. In diesen Vergleich werden neun Studien aus den Jahren 1999-2021 und den Ländern Australien, Spanien, Italien, Neuseeland und England einbezogen.

Die Grafik zeigt einen zusammenfassenden Kostenvergleich zwischen der Kontrollgruppe mit Spitalbehandlung C (blaue Balken) und der Interventionsgruppe mit Hospital@home T (orange Balken). Unterhalb der Balkengrafik sind die zugehörigen Absolutwerte für C und T sowie die Differenz (mean difference) aufgeführt. Eine negative Differenz bedeutet niedrigere Kosten in der Interventionsgruppe (T) im Vergleich zur Kontrollgruppe (C). Betrachtet werden nur die akuten Kosten

der Behandlung, nicht die möglichen Einsparungen aufgrund günstiger Verläufe oder weniger Rehospitalisierungen im einen oder anderen Fall.

In den zugrundeliegenden Primärstudien wurden die Kosten in der Regel in der jeweiligen Landeswährung berichtet. In den Studien aus Italien (6,7) wurden die Kosten in (seinerzeitigen) US-Dollar angegeben.



Abbildung 10 Kostenvergleiche über mehrere Studien (Caplan 1999 (8), Nicholson 2001 (9), Mendoza 2009 (10), Ricauda 2004 (6), Ricauda 2008 (7), Richards 2005 (11), Echevarria 2018 (12), Shepperd 2021 (13), Wilson 1999 (14)), eigene Darstellung

Die der Meta-Analyse zugrunde liegenden Studien zeigen zunächst tendenziell geringere Gesundheitskosten pro Episode unter Hospital@home. Die Effektgrösse variiert je nach untersuchtem Land, Setting und der Kostenperspektive. Einige Studien berichten über Kosten pro Tag der Behandlung, andere über Kosten pro Behandlungsperiode, eher selten wird beides berichtet.

Beispielhaft weist die grosse UK-Studie (Shepperd 2021) über 6 Monate niedrigere Gesundheits- und Sozialkosten in der Hospital@home Gruppe aus (−£ 2'265) sowie niedrigere gesellschaftliche Kosten (−£ 2'840). Ältere RCTs (u. a. Caplan 1999 (8); Nicolson 2001 (9); Echevarria 2018 (12)) berichten niedrigere episodens- oder tagesbezogene Kosten für Hospital@home.

Zu beachten ist allerdings: Längst nicht alle dieser Studienergebnisse aus den Primärstudien wurden als statistisch signifikant berichtet. Daher haben wir die einzelnen Studienresultate zusätzlich farblich markiert: Grün kennzeichnet einen statistisch signifikanten Kostenunterschied, Rot einen statistisch nicht signifikanten Unterschied. Diese aus den Studien entnommene Aussage zur statistischen Signifikanz kann für eine gesundheitsökonomische Einordnung unbefriedigend sein, da hier ggf. zusätzlich Unterschiede bezüglich Kostenperspektive, Zeithorizont, Kostendefinition und Studiendesign betrachtet werden sollten.

Insgesamt wird ersichtlich, dass in mehreren Studien niedrigere Kosten für Hospital@home berichtet werden, die statistische Signifikanz jedoch nicht konsistent ist und zwischen den Studien variiert. Gleichzeitig sind direkte Vergleiche nur eingeschränkt möglich, da sich die Kostendefinitionen (z. B. pro Episode, pro Tag oder pro Patient:in) sowie die Währungen zwischen den Ländern unterscheiden.

Insgesamt lautet die zusammenfassende Aussage des Reviews (mit moderater Evidenz): Hospital@home ist im Regelfall kostengünstiger als stationäre Behandlung, mit Hinweisen auf geringere gesamtgesellschaftliche Kosten bis 6 Monate.

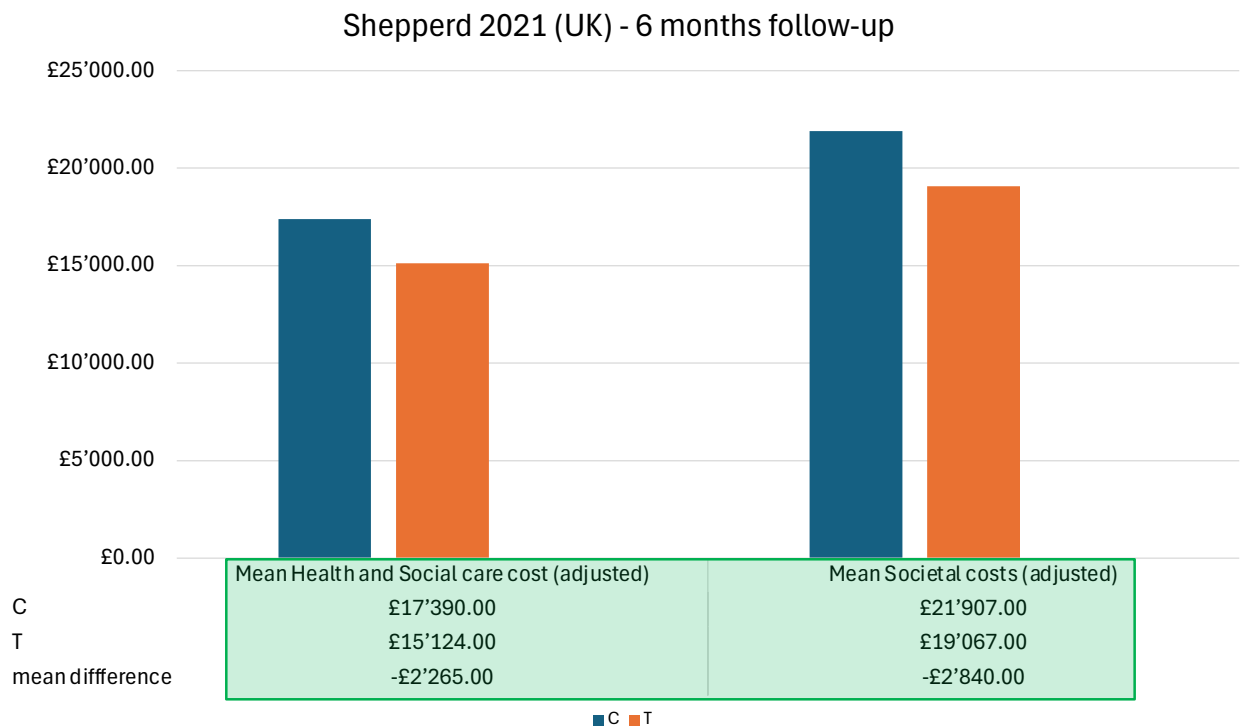


Abbildung 11 Langzeitbetrachtung der Kosten: Shepperd 2021 (UK) – 6 Monate Follow-up (13), eigene Darstellung

Die zweite Grafik (Abbildung 11) vertieft eine einzelne Studie Shepperd 2021(13) und stellt Kosten nach 6 Monaten Follow-up dar (Währung: GBP). Verglichen werden erneut Kontrollgruppe C und Interventionsgruppe T in zwei Kostendomänen: 1. Mean Health and Social care cost (adjusted) und 2. Mean Societal costs (adjusted). In beiden Kategorien liegen die Kosten der Interventionsgruppe sichtbar unter jenen der Kontrollgruppe. Die Tabelle unter der Grafik weist dies mit Absolutwerten aus (C: 17'390 vs. T: 15'124; sowie C: 21'907 vs. T: 19'067) und nennt die jeweiligen Differenzen (mean differences) (-2'265 bzw. -2'840). Die grüne Hinterlegung signalisiert, dass diese Unterschiede als signifikant ausgewiesen wurden. Damit illustriert die Grafik, dass in dieser Studie sowohl aus Gesundheits- und Sozialversorgungssicht als auch aus gesellschaftlicher Perspektive niedrigere (adjustierte) Kosten in der H@H-Gruppe berichtet werden.

3.2.4 Ergänzende Übersichtsarbeiten

Das Review-of-Reviews von Leong et al. (2021) (3) systematisiert die Evidenz zu Hospital@home entlang der Programmtypen Early Supported Discharge / Transfer (ESD) und Admission Avoidance (AA) und ergänzt die reine Outcome-Zusammenfassung um eine modellbezogene Einordnung der Effekte. In die Arbeit wurden insgesamt zehn systematische Reviews eingeschlossen (Qualitätsbewertung mittels AMSTAR-2: vier hoch, fünf moderat, ein niedrig), wobei eine relevante Überschneidung der Primärstudien zwischen den Reviews besteht und die Implementierung der Programme stark heterogen ist (Teamstruktur, Leistungsumfang, Anzahl Hausbesuche, After-hours-Support).

In der vergleichenden Darstellung zeigen ESD-Modelle insgesamt eine vergleichbare Mortalität und Wiederaufnahmen im Vergleich zur stationären Behandlung, bei gleichzeitig kürzerer Spitalaufenthaltsdauer. Für die Kosten ergibt sich jedoch ein uneinheitliches Bild (u.a. abhängig davon, ob zusätzliche community-basierte Kosten berücksichtigt werden). AA-Modelle weisen demgegenüber tendenziell günstigere Ergebnisse auf: berichtet werden eine Tendenz zu geringerer Mortalität sowie vergleichbare oder niedrigere Wiederaufnahmen. Zudem wird häufig ein Trend zu niedrigeren Kosten beschrieben, wenngleich die Evidenzqualität für Kosten aufgrund heterogener Kostendefinitionen und -komponenten insgesamt als niedrig eingestuft wird.

Diese modellbezogene Gegenüberstellung stützt damit die Notwendigkeit, Ergebnisdarstellungen nach Modelltyp (AA vs. ESD) zu differenzieren und Kostenbefunde vorsichtig zu interpretieren, insbesondere wenn indirekte Kosten (z.B. informelle Pflege) einbezogen werden.

Ergänzend berichtet Leong et al. zu Prozessindikatoren und Implementierungsaspekten, die für die Einordnung von Kosten und Skalierbarkeit relevant sind. Die Rekrutierungsraten bzw. Anteile geeigneter Patient:innen werden in den Reviews als eher niedrig beschrieben (z.B. als Medianwerte im Bereich von ca. 20–33% in ESD-Settings; in COPD-spezifischen Reviews werden teils noch niedrigere Einschlussquoten berichtet), und die Verfügbarkeit von Angehörigen wird in einem relevanten Teil der eingeschlossenen Studien als Einschlusskriterium genannt. Als Förderfaktoren werden koordinierte, multidisziplinäre Teams hervorgehoben, als Barrieren u.a. die Distanz zum Spital, die medizinische Stabilität bzw. der Schweregrad

sowie Kontextfaktoren wie Zahlungs- und Vergütungsstrukturen (z.B. potenziell höhere Hürden in fee-for-service geprägten Systemen). Gleichzeitig identifizieren die Autoren Evidenzlücken, insbesondere zu Kosteneffektivität (vollständige ökonomische Evaluationen), caregiver outcomes (Belastung) und unerwünschten Ereignissen/Komplikationen, was die Interpretation finanzieller Effekte zusätzlich einschränkt.

3.3 Einordnung und Schlussfolgerungen

Die im Rahmen dieser Arbeit ausgewertete internationale Literatur weist darauf hin, dass Admission-Avoidance-Hospital@home für selektionierte Patient:innengruppen klinisch sicher durchgeführt werden kann (siehe Kapitel 4). Aufgrund der methodischen Heterogenität der Studien, der unterschiedlichen Kostenperspektiven sowie der eingeschränkten Übertragbarkeit zwischen Gesundheitssystemen sind diese Befunde jedoch vorsichtig zu interpretieren. Unterschiede in Fallmix, Dienstdesign (Ärzt:in- vs. pflegegeleitet), Erreichbarkeit (z. B. 24/7), digitaler Unterstützung und Rückverlegungsprotokollen erklären Teile der Heterogenität. Die bisher ausgewertete Literatur weist bei den Kosten tendenziell auf günstigere Behandlung in Hospital@home hin, bleibt jedoch methodisch uneinheitlich (Kostenperspektive, Nachverfolgung), weshalb transparente Angaben zu Kostenperspektive sowie Preis-, Jahr- und Währungsbezug zentral sind. Viele publizierte Ergebnisse zu „Hospital@home“ beziehen sich nicht ausschliesslich auf Admission Avoidance, sondern umfassen häufig auch Early Supported Discharge / Transfer oder gemischte Programme. Eine konsequente Modelltrennung (AA vs. ESD) ist daher zentral, um Kostenbefunde und Versorgungswirkungen korrekt zu interpretieren und nicht unzulässig zu generalisieren. Zusätzliche Heterogenität entsteht durch Unterschiede in der praktischen Umsetzung (z.B. Teamzusammensetzung, Intensität und Frequenz der Hausbesuche, Erreichbarkeit ausserhalb der regulären Zeiten, organisatorische Rückverlegungsprozesse) sowie durch variierende Einschlussquoten, die den realen Skalierungsspielraum und damit die Effizienz massgeblich mitbestimmen. In mehreren Programmen spielt zudem die Verfügbarkeit von Angehörigen als Voraussetzung oder als faktische Ressource eine Rolle, was die Kosten- und Nutzenbilanz je nach betrachteter Perspektive verschieben kann. Entsprechend sind bei Kostenvergleichen transparente Angaben zur Kostenperspektive (Gesundheitswesen, Gesundheits- und Sozialversorgung, gesellschaftlich), zum Einbezug community-basierter Leistungen und informeller Betreuung sowie zu Beobachtungszeitraum und Währungs-/Preisjahr besonders wichtig, da diese Parameter die berichteten Kosteneffekte wesentlich beeinflussen.

Ergänzend ist für spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle zentral, welche Patient:innen für das Modell geeignet sind, da die Selektionskriterien sowohl Sicherheit als auch Ressourcenbedarf und damit die Kosten direkt beeinflussen. Dabei sind neben der medizinischen Indikation insbesondere Schweregrad und Stabilität relevant (z.B. akute Erkrankung, aber klinisch stabil genug für Behandlung ausserhalb des Spitals, mit klaren Kriterien für Eskalation und Rückverlegung). Ebenso sind Distanz und Erreichbarkeit (Fahrzeiten, Versorgungsgebiet, Möglichkeit zeitnaher Visiten/Notfallreaktion) sowie häusliche und soziale Voraussetzungen zu berücksichtigen: geeignet ist das Setting vor allem dann, wenn die Wohnsituation eine sichere Versorgung zulässt (z.B. Infrastruktur, Sturzrisiken, Zugang) und wenn bei Bedarf Angehörige oder ein tragfähiges soziales Netz vorhanden sind bzw. externe Unterstützung (Spitex, Hilfsmittel) organisiert werden kann. Diese Faktoren bestimmen mit, ob Hospital@home praktisch durchführbar ist, wie intensiv das Team betreuen muss, und ob vermeintliche Kostenvorteile nicht durch zusätzlichen Aufwand (Logistik, externe Diagnostik, informelle Betreuung) relativiert werden.

Take-home Message

Der überwiegende Teil der gefundenen Literatur bezieht sich auf die Finanzierung von akutsomatischer spitalsubstituierender Hospital@home Versorgung, mit einem gewissen Schwerpunkt auf Admission Avoidance. Zum Begriff Care@home Finanzierung finden sich kaum tragfähige Quellen.

Für die spitalsubstituierende Hospital@home Behandlung kann nicht eindeutig abgeleitet werden, dass diese in jedem Fall günstiger als eine vergleichbare stationäre Behandlung ist. Erschwerend kommen unterschiedliche Bezugsgrössen und der Einbezug oder Nicht-Einbezug von Follow-Up Effekten dazu. Selektionskriterien und Einzugsbereich sind nicht immer klar beschrieben und die Versorgungsintensität erscheint heterogen. Eine Tendenz zu günstigerer Behandlung in Hospital@home scheint sich abzuzeichnen.

4 Hospital@home Outcomes international und in der Schweiz

Bei spitalsubstituierenden Hospital@home-Modellen im Sinne von Admission Avoidance werden häufig mögliche Vorteile einer Behandlung im häuslichen Setting beschrieben, die sich auch auf die Gesundheitskosten auswirken können. Häufig genannt werden weniger krankenhauserworbene Infektionen, weniger Delirien und andere Verwirrheitszustände, potenziell weniger stationäre Wiederaufnahmen sowie ein geringerer Übergang in Langzeitpflege nach einer akuten Behandlung. Auch funktionelle Aspekte wie Aktivität, Mobilität und Sturzrisiko sind für die Bewertung relevant.

Im vorliegenden Kapitel werden die verfügbaren Evidenzen und Indikatoren zu diesen Outcomes dargestellt. Für die Einordnung der internationalen Outcome-Evidenz dient die aktuelle Cochrane-Übersicht von Edgar et al. (5) als primärer Referenzrahmen. Weitere Meta-Analysen und Einzelstudien werden als ergänzende Evidenz herangezogen. Beobachtete Studien und Schweizer Pilotdaten dienen vor allem der Kontextualisierung und der Einordnung von Machbarkeit. Der Fokus liegt dabei primär auf akutsomatischen Hospital@home-Modellen im Sinne von Admission Avoidance. Zu anderen Care@home-Formen waren nur unzureichende Informationen verfügbar. Die Darstellung erfolgt in drei Schritten: Im ersten Abschnitt stellen wir die Evidenz aus der aktuellen Cochrane Metaanalyse von Edgar (5) dar. Im zweiten Abschnitt betrachten wir nochmal separat die dieser Cochrane Studie zugrunde liegenden Studien (soweit verfügbar) und stellen dort zusätzlich beschriebene Gesichtspunkte dar. Im dritten Abschnitt berücksichtigen wir weitere Quellen, die nicht Bestandteil der Cochrane Meta-Analyse sind.

4.1 Aus der internationalen Literaturanalyse: Wirksamkeit und Sicherheit

Datenbasis und Stand der Extraktion

Die Outcome-Matrix umfasst Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte Studien sowie beobachtende Studien zu Admission Avoidance (AA) und teils gemischten Modellen. Mehrere Einträge sind als pending markiert (z.B. Nicholson 2001, Ricauda 2004, Richards 2005, Teile von Wilson 1999), was bedeutet, dass die entsprechenden Outcomes zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vollständig extrahiert wurden. Wenn in der Matrix bei einem Outcome ein „/“ eingetragen ist, bedeutet dies, dass die jeweilige Studie zu diesem Outcome keine Angaben macht.

Die Darstellung folgt damit einer einfachen Evidenzhierarchie: Zunächst werden die Ergebnisse der Cochrane-Übersicht als primäre Evidenz dargestellt, anschliessend die dem Cochrane Review zugrunde liegenden Primärstudien detailliert betrachtet und schliesslich weitere ergänzende Studien einbezogen. Diese Struktur soll die Einordnung der Aussagekraft erleichtern, ersetzt jedoch keine formale Evidenzbewertung. Bei der Interpretation der dargestellten Outcomes ist zu beachten, dass statistische Signifikanz allein nicht über die klinische oder versorgungsbezogene Relevanz eines Effekts entscheidet. Für die Einordnung sind zusätzlich Studiendesign, Stichprobengrössen, Outcome-Definition, Messzeitpunkt und Kontext der Versorgung zu berücksichtigen.

4.1.1 Wiederaufnahmen ins Spital (Readmission)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Im Cochrane-Review (Edgar et al., 2024) zeigte sich über 3–12 Monate kein signifikanter Unterschied bei Wiederaufnahmen zwischen Hospital@home und stationärer Versorgung (RR 1.14; 95%-KI 0.97–1.34; Evidenzqualität: moderat).

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

Auf Studienebene zeigt sich ein gemischtes Bild, was zur im Review beschriebenen Heterogenität passt. In der Outcome-Matrix finden sich Studien mit ähnlichen Wiederaufnahmeraten (Echevarria 2018: 36.7% vs. 39.7%) neben Studien mit deutlich tieferen Wiederaufnahmen unter Hospital@home (Ricauda 2008: 42% vs. 87%, $P < .001$; Levine 2020: 7% vs. 23%). Bei mehreren weiteren Studien aus dem Edgar-Review sind die Readmission-Outcomes in der Matrix als pending markiert bzw. nicht berichtet, was die direkte Vergleichbarkeit und die Vollständigkeit der Synthese auf Outcome-Ebene einschränkt.

c) Ergänzende Evidenz

Zusätzliche Evidenz deutet teils ebenfalls auf Vorteile zugunsten von Hospital@home hin. Eine Meta-Analyse (Caplan 2012) berichtet einen signifikanten Vorteil zugunsten Hospital in the Home (OR 0.75; 95% CI 0.59–0.95) und weist explizit auf unterschiedliche Definitionen und Messzeitpunkte der Readmission-Outcomes hin. Weitere Einzelstudien zeigen ein gemischtes Bild mit teils vergleichbaren Wiederaufnahmen (Cryer 2012: 10.8% vs. 10.5%; Leff 2005: 0.28 vs. 0.27), während andere Studien deutliche Reduktionen zugunsten H@H berichten (Medigo 2023: 1.18 vs 1.61, $P < .001$). Beobachtende Daten weisen ebenfalls in Richtung tieferer 30-Tage-Wiederaufnahmen, teils knapp an der Signifikanzgrenze (Walsh 2025: 11% vs. 21%, $P = 0.053$).

Die abweichenden Befunde sind nicht zwingend als inhaltlicher Widerspruch zu verstehen, sondern können wesentlich durch unterschiedliche Definitionen, Messzeitpunkte und Studiendesigns erklärt werden. Dazu gehören etwa die Unterschiede bei den betrachteten Zeitfenstern, zum Beispiel 30 Tage, 90 Tage oder 6 Monate, sowie teilweise der Einbezug von Wiederaufnahmen während der Hospital@home-Phase. Das Bild passt zur im Cochrane-Review beschriebenen Heterogenität.

4.1.2 Mortalität

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Edgar et al. (2024) berichten bis 6 Monate eine vergleichbare Mortalität zwischen Hospital@home und stationärer Versorgung (RR 0.88; 95 %-KI 0.68–1.13; Evidenzqualität: moderat).

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

Auf Studienebene finden sich meist tiefe Ereigniszahlen und entsprechend wenig Trennschärfe. In der Outcome-Matrix werden häufig vergleichbare Werte berichtet, etwa identische Mortalitätsraten bei Echevarria 2018 (1.7% vs. 1.7%) sowie keine signifikanten Unterschiede bei Mendoza 2009 (5.4% vs. 8.8%, $p=0.67$). Ricauda 2008 weist ebenfalls gleiche Mortalität in beiden Gruppen aus (20.2% vs. 20.2%). Dieses Muster passt zur Gesamtsynthese von Edgar, in der sich kein erhöhter Sterblichkeitsanteil unter Hospital@home zeigt.

c) Ergänzende Evidenz

Ergänzende Evidenz deutet auf mögliche kleine Effekte zugunsten von Hospital@home hin. Caplan 2012 berichtet in einer Meta-Analyse einen signifikanten Vorteil zugunsten Hospital in the Home (OR 0.81; 95% CI 0.69–0.95), was auf mögliche kleine Effekte hinweist, die in einzelnen Studien aufgrund geringer Ereigniszahlen nicht stabil nachweisbar sind. Weitere Einzelstudien zeigen ebenfalls tendenziell niedrigere Mortalität unter Hospital@home, allerdings mit kleinen Ereigniszahlen: Cryer berichtet 0.93% (T) vs. 3.4% (C), und Leff weist 0% (T) vs. 3% (C) aus (Fisher exact $P=0.050$).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Cryer auf einer Opt-in-Stichprobe basiert (von 348 qualifizierten Personen wählten 323, also 93%, H@H; Vergleichsgruppe stationär $n=1'048$) und Leff als prospektives quasi-experimentelles Design in zwei konsekutiven 11-Monats-Phasen umgesetzt wurde, was die direkte Vergleichbarkeit mit randomisierten Studien einschränken kann. Gleichzeitig ist zu beachten, dass einzelne Studien aufgrund niedriger Ereigniszahlen Effekte nur eingeschränkt nachweisen können.

Insgesamt stützt die Evidenz damit die Interpretation, dass Hospital@home hinsichtlich Mortalität mindestens vergleichbar zur stationären Versorgung ist. Diese fehlenden Unterschiede sind im Kontext der Sicherheitsbewertung bedeutsam, da sie darauf hinweisen, dass die Versorgung zu Hause nicht mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergeht und damit ein zentrales Sicherheitskriterium erfüllt wird. Die ergänzenden Meta-Analysen und Einzelstudien stützen damit die Cochrane-Synthese, verändern den primären Gesamteindruck jedoch nicht grundlegend.

4.1.3 Aufenthaltsdauer (Length of stay, LoS)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Im Review von Edgar et al. (2024) wird beschrieben, dass Hospital@home die stationäre Verweildauer reduziert (z. B. H@H-Gruppe 1.2–5.1 Tage im Krankenhaus vs. 4.1–18.5 Tage unter konventioneller stationärer Behandlung). Gleichzeitig kann die Gesamtdauer der akuten Episode durch die heimische Behandlungsphase länger sein (Hospital@home -Episoden 3–20.7 Tage; berichtete mittlere Mehrdauer 0.7–9.1 Tage). Inhaltlich entspricht das einem Transfer von Behandlungszeit aus dem Spital in die Häuslichkeit.

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

In den Einzelstudien aus dem Edgar-Cochrane-Korpus zeigt sich, dass das Ergebnis stark davon abhängt, wie LoS definiert wird. Echevarria et al. (2018) unterscheidet explizit zwischen „length of hospital stay (index admission)“ (mean 1.2 vs. 4.1 Tage) und weiteren Spitalbetttagen im Follow-up, wobei die gesamten Spitaltage über 90 Tage weiterhin tiefer sein können (Median 1 vs. 5 Tage), während die H@H-Phase zusätzliche Tage zu Hause umfasst (Median 4 Tage).

Auch Shepperd et al. (2021) zeigt keinen signifikanten Unterschied (mittlere Differenz -1.12 Tage; 95% CI -3.83 bis 1.59), und Levine (2018) berichtet ebenfalls keine Differenz (Median 3 vs. 3 Tage; $P=0.79$). Demgegenüber weisen andere Studien im Edgar Review längere Verläufe für die Gesamtdauer im H@H-Arm aus (z.B. Mendoza 2009; Ricauda 2008; Levine 2020); Richards 2005 berichtet mit „median days to discharge“ 4 Tage (H@H) vs. 2 Tage (Kontrolle) ebenfalls eine längere Episode bis Entlassung.

c) Ergänzende Evidenz

Ergänzende Studien berichten teils ebenfalls kürzere Aufenthaltsdauern im Hospital@home, z.B. Cryer et al. (2012) mit 3.3 Tagen (SD 2.8) vs. 4.5 Tagen (SD 3.2) sowie Leff mit 3.2 vs. 4.9 Tagen ($P=0.004$). Demgegenüber zeigt Walsh in einer retrospektiven, gematchten Case-Control-Studie (Single Center; Early Discharge, ED) eine längere Aufenthaltsdauer im Hospital@home (12.9 vs. 9.4 Tage; $P<0.001$), was die Abhängigkeit der Ergebnisse von Setting, Modelltyp und LoS-Definition unterstreicht.

Insgesamt zeigt sich, dass Angaben zur Aufenthaltsdauer nur dann sinnvoll vergleichbar sind, wenn klar ausgewiesen wird, ob Spitaltage (Indexaufnahme), kumulierte Spitaltage im Follow-up oder die Gesamtepisode inkl. Hospital@home-Phase gemeint sind. Ohne diese Präzisierung können scheinbar widersprüchliche Befunde gleichzeitig „richtig“ sein.

4.1.4 Übergang in Langzeitpflege (Residential care transfer)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Ein konsistenter Vorteil von Hospital@home zeigte sich bei der Vermeidung von Übergängen in Langzeitpflege nach 6 Monaten (RR 0.53; 95 %-KI 0.41–0.69).

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

In den Einzelstudien des Edgar sind Angaben zum Übergang in Langzeitpflege nur teilweise vorhanden. In der Outcome-Matrix berichtet Caplan 1999 keinen signifikanten Unterschied (T 0.18 vs. C 0.15; $P=0.511$). Shepperd 2021 operationalisiert das Outcome als „mean days in residential care“ nach 6 Monaten und zeigt einen numerischen Vorteil zugunsten Hospital@home (T 3.43 vs. C 6.14 Tage; mean difference -2.71 Tage; 95% CI -5.6 bis 0.21), jedoch ohne klare statistische Signifikanz.

c) Ergänzende Evidenz

In den ergänzend berücksichtigten Studien finden sich in der vorliegenden Outcome-Matrix keine auswertbaren Angaben zum Transfer in Langzeitpflege, sodass hier keine konsistente Quantifizierung zusätzlicher Effekte möglich ist. Die Evidenz zu diesem Outcome wird damit primär durch die Cochrane-Synthese getragen.

4.1.5 Komplikationen (Complications)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Im Cochrane-Review wird zu „Komplikationen“ kein zusammenfassendes Resultat als gepoolter Effekt berichtet, sodass die Einschätzung hier über die Einzelstudien erfolgt.

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

In der Outcome-Matrix finden sich je nach Studie unterschiedliche Komplikations-Cluster. Caplan 1999 berichtet signifikant weniger Komplikationen unter Hospital@home, u.a. weniger Darmkomplikationen (Differenz -22.5% ; 95% CI -34% bis -10.8%), weniger Harnwegskomplikationen (Differenz -14.4% ; 95% CI -25.4% bis -3.3%) sowie weniger kurzfristige Verwirrtheit/Confusion (MD -20.4% ; 95% CI -32% bis -9%). Levine 2020 weist für mehrere sicherheitsrelevante Ereignisse ähnliche Raten aus (z.B. Delir: 7% vs. 8%; neue C. difficile/MRSA Infektionen je 0–2%; akutes Nierenversagen 2% vs. 4%). Levine 2018 berichtet insgesamt sehr niedrige Ereigniszahlen bzw. keine Ereignisse für mehrere erfasste Komplikationen (u.a. Delir, DVT/PE, Dekubitus, Thrombophlebitis, CAUTI, C. difficile, MRSA, Arrhythmie, Hypokaliämie jeweils 0% in beiden Gruppen), mit Ausnahme eines akuten Nierenversagens in der Kontrollgruppe (T 0% vs. C 9% [1/11]).

c) Ergänzende Evidenz

Ergänzende Evidenz zeigt ebenfalls eine tendenziell günstige Sicherheitsbilanz. Leff (prospektives quasi-experiment) berichtet unter Hospital@home niedrigere Raten in mehreren Komplikationskategorien, darunter weniger inzidenten Delir (9% vs. 24%; adjustierte HR 0.26; 95% CI 0.12–0.57), weniger Sedativa-Gebrauch (16% vs. 30%; adjustierte OR 0.49; 95% CI 0.30–0.81) und weniger chemische Fixierungen (2% vs. 7%; $P=0.014$). Zudem waren „kritische Komplikationen“ als Komposit-Outcome in der Hospital@home-Gruppe seltener (0% vs. 6%; $P<0.001$). Da für dieses Outcome kein gepoolter Cochrane-Effekt vorliegt, stützt sich die Einordnung hier stärker auf Einzelstudien und ist entsprechend vorsichtiger zu interpretieren.

4.1.6 Übergang in eine Rehabilitation (Rehabilitation)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Im Review von Edgar et al. (2024) wird der Übergang in eine Rehabilitation nicht als eigenes, gepooltes Outcome zusammenfassend berichtet.

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

In der Outcome-Matrix finden sich für die im Edgar berücksichtigten Studien zum Outcome „Rehabilitation“ durchgehend keine auswertbaren Angaben (häufig „/“ bzw. pending). Entsprechend lässt sich auf Basis der extrahierten Daten kein Vergleich zwischen Hospital@home und stationärer Versorgung ableiten.

c) Ergänzende Evidenz

Auch in den zusätzlich berücksichtigten Studien ist der Transfer in eine Rehabilitation in der vorliegenden Zusammenstellung nicht berichtet, sodass hier keine ergänzenden Aussagen möglich sind. Für dieses Outcome liegt damit derzeit keine belastbare Evidenzbasis vor, sodass keine weitergehende Bewertung möglich ist.

4.1.7 Aktivität/Mobilität und Sturzrisiko (Activity/Mobility and Fallrisk)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Im Review von Edgar et al. (2024) werden Aktivität/Mobilität und sturzbezogene Outcomes nicht als einheitlich gepooltes Outcome zusammengefasst. Die Evidenz ist stark heterogen, weil die Studien unterschiedliche Instrumente und Zeitpunkte verwenden (z.B. Barthel-Index, ADL/IADL, Aktivitätsmonitoring, Stürze als Ereignis).

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

In der Outcome-Matrix zeigen mehrere Studien funktionelle Outcomes und Aktivitätsmasse, teils mit Vorteilen zugunsten Hospital@home: Caplan 1999 berichtet Verbesserungen im Barthel-Index (T +0.37 vs. C -0.04) sowie bei instrumentellen ADL (T +0.65 vs. C -0.88; P=0.037). Wilson 1999 weist ebenfalls funktionelle Vorteile aus (Barthel-Index nach 2 Wochen/bei Entlassung: Median 15 vs. 12; P < 0.0001), während Shepperd 2021 nach 6 Monaten keinen Unterschied im Barthel-Index findet (adjustierte mittlere Differenz 0.24; 95% CI -0.33 bis 0.80; P=0.41). Levine 2018 berichtet im Verlauf keine Verschlechterungen in ADL/IADL bei H@H (ADLs/IADLs „worse at discharge“ jeweils 0% in T vs. 9–18% in C) und zeigt in objektiven Aktivitätsmassen mehr Aktivität unter Hospital@home (z.B. Minuten körperliche Aktivität pro Tag, Upright posture; jeweils P < 0.01), bei gleichzeitig 0% Stürzen in beiden Gruppen. Levine 2020 zeigt ebenfalls Aktivitätsvorteile (z.B. weniger sedentary time, weniger lying down), berichtet aber zugleich sehr wenige Sturzereignisse (T 2% vs. C 0%). Riccauda 2008 erfasst Aktivität als Score und findet nach 6 Monaten keinen Unterschied (Mean [SD] T 0.12 [0.64] vs. C 0.08 [0.73]; P=0.81).

c) Ergänzende Evidenz

Ergänzend zeigt Cryer (observational, ED) praktisch keine Stürze in beiden Gruppen (T 0% vs. C 0.8%). Leff 2005 berichtet ebenfalls seltene Stürze ohne signifikanten Unterschied (T 1% vs. C 2%; P=0.72) und keine signifikanten Unterschiede in der funktionellen Veränderung nach 2 Wochen (ADL- und IADL-Score-Change).

Insgesamt sprechen die Daten eher für eine mindestens vergleichbare Sicherheit bezüglich Stürzen bei potenziell erhaltener oder teils besserer Aktivität/Mobilität unter Hospital@home. Stürze wurden in den eingeschlossenen Studien insgesamt selten berichtet (teils 0–1 Ereignisse pro Gruppe). Wenn es nur sehr wenige Ereignisse gibt, kann schon ein einzelner Sturz das Ergebnis unverhältnismässig stark beeinflussen. Dadurch ist die Präzision reduziert und Gruppenunterschiede sind statistisch nur eingeschränkt sicher beurteilbar. Die Evidenz ist in diesem Bereich methodisch besonders heterogen, weshalb Einzelstudienbefunde nur eingeschränkt vergleichbar sind.

4.1.8 Patientenzufriedenheit (patient satisfaction)

a) Aus dem Cochrane-Review (Edgar et al., 2024)

Patient:innen im Hospital@home berichteten im Mittel eine höhere Zufriedenheit. Die Evidenzsicherheit ist jedoch niedrig, da nur ein Teil der Studien dieses Outcome erfasste (35%) und subjektive Selbstauskünfte ein Risiko für Detection Bias bergen.

b) In Primärstudien aus dem Cochrane-Review

Auf Ebene der im Edgar-Review eingeschlossenen Einzelstudien sind Angaben zur Patientenzufriedenheit nur punktuell verfügbar (teils „/“ bzw. nicht berichtet) und zudem wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Studien aus dem Edgar im Volltext ausgewertet. In der Outcome-Matrix zeigt Caplan 1999 jedoch einen klaren Vorteil zugunsten Hospital@home: Zufriedenheit wurde auf einer 4-Punkt-Skala (1=excellent bis 4=poor) erhoben und lag in der Hospital@home-Gruppe deutlich besser (Mean T=1.1 vs. C=2.0; $P < 0.0001$). Ricauda 2008 berichtet hingegen keinen signifikanten Unterschied beim Anteil der Teilnehmenden, die die Zufriedenheit bei Entlassung als „very good/excellent“ bewerteten (T 49/52, 94% vs. C 46/52, 88%; $P=0.83$). Levine 2018 findet keine Differenz im globalen Zufriedenheitsscore (Median [IQR] T=10 [1] vs. C=10 [2]; $P=0.67$), während Levine 2020 einen leichten Vorteil zugunsten der Interventionsgruppe berichtet (Median [IQR] T=10 [1], N=42 vs. C=9 [1], N=38).

c) Ergänzende Evidenz

Ergänzende Studien ausserhalb des Edgar-Korpus berichten ebenfalls höhere Zufriedenheit unter Hospital@home. In Cryer zeigte sich ein höherer Zufriedenheitswert in der Interventionsgruppe (T 90.7 vs. C 83.9). Leff berichtet ebenfalls eine signifikant bessere Patientenerfahrung zugunsten Hospital@home anhand eines modifizierten Picker Hospital Survey (Summenscore aus mehreren Domänen; Skala 0–9). Die Autoren weisen den Effekt als mediane Anzahl Domänen aus, in denen Patient:innen zufrieden waren (7 vs. 6 Domänen; $P \leq 0.001$). Gleichzeitig ist zu beachten, dass Zufriedenheitsdaten bei 47% der Teilnehmenden fehlten. Leff betont daher, dass die Ergebnisse aufgrund möglicher Verzerrungen durch Missing Data vorsichtig zu interpretieren sind. Die Tendenz zugunsten von Hospital@home erscheint damit konsistent, die Evidenzsicherheit bleibt jedoch aufgrund selektiver Erhebung und potenzieller Verzerrungen begrenzt.

Outcome-Matrix

Author	Year	Design	Art	Readmission	Mortality	length of stay	Residential care	Complications	Rehabilitation	Activity/Mobility (Fallrisk)	Patientsatisfaction
Caplan	2012	Metaanalyse	AA	(41 RCTs, n = 5372): OR 0.75 (95% CI, 0.59 to 0.95; P = 0.02), favouring HITH The paper notes heterogeneity for readmission outcomes (overall I ² reported as 45%).	(42 RCTs, n = 6992): OR 0.81 (95% CI, 0.69 to 0.95; P = 0.008), favouring HITH	/	/	/	/	/	/
Caplan 1999 (Kostenaus Board 2000)	2000	RCT	AA	6 months follow up: RR 1.35 [0.42, 4.32]	6 months follow up: RR 0.82 [0.28, 2.37]	/	/	fewer bowel complications (difference -22.5% in HaH, 95% CI -34% to -10.8%) fewer urinary complications (difference -14.4% in HaH, 95% CI -25.4% to -3.3%) fewer shortterm confusion in HaH (MD -20.4%, 95% CI -32% to -9%)	/	Bartel-Index: T = +0.37 (0.27), C = -0.04 (0.27) Instrumentelle ADL: T = +0.65 (0.23), C = -0.88 (0.26), P = 0.037	Satisfaction rated on a 4 point scale: 1=excellent, 2=good, 3=fair, 4=poor. Mean score T= 1.1, C= 2.0, P < 0.0001
Cryer	2012	non-randomized comparative observational study	AA, ED	30days follow-up T 10.8% vs. C 10.5%	T 0.93% vs. C 3.4%	T 3.3days (SD 2.8) vs. C 4.5 (SD 3.2)	/	/	/	Falls: T 0% vs C 0.8%	T 90.7 vs C 83.9
Echevarria	2018	RCT	AA	90d follow-up: T 22/60 (36.7%) vs C 23/58 (39.7%)	90d follow-up: T 1/60 (1.7%) vs C 1/58 (1.7%)	Mean length of hospital stay (index admission) T = 1.2 (2.1) vs C = 4.1 (4.6) Mean length of hospital stay at 90 days (SD) T = 6.1 (9.7) vs C = 10.3 (15.8)	/	/	/	/	/
Leff	2005	prospective quasi-experiment	AA	T 0.28 vs C 0.27, P = 0.892	T 0% vs C 3%; Fisher exact P = 0.050.	T 3.2 vs C 4.9 days; P = 0.004	T 0.18 vs C 0.15, P = 0.511	Incident delirium: T9% vs C24%, adjusted hazard ratio 0.26; 95% CI 0.12–0.57 Sedative medication use: T16% vs C30%, adjusted OR 0.49; 95% CI 0.30–0.81). Chemical restraints: T2% vs C7%, P = 0.014 Critical complications (composite): 0% vs 6% (0/169 vs 16/286), P < 0.001. Bowel complications: T9% vs C 16%, OR 0.57 (0.30–1.07) Emergency situations: T6% vs C11% (10/169 vs 31/286). Urinary complications: T3% vs C 6% (P = 0.128). Physical restraints: 0% vs 2% (0/169 vs 6/286), P = 0.089 Nosocomial infection: 0.6% vs 2% (1/169 vs 6/286), P = 0.267.	/	Falls T 1% vs C 2% (2/169 vs 6/286), P = 0.72 Functional status outcomes at 2 weeks: no significant differences in change in ADL score (0.04 vs 0.09; P = 0.711) or IADL score change (-0.07 vs 0.14; P = 0.280)	Picker Hospital Survey (summary score derived from multiple domains; possible scores 0–9 for patients) P < 0.001.

Tabelle 4 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 1; AA = Admission Avoidance; ED = Early Supported Discharge/Transfer; T = treatment (Interventionsgruppe); C = control (Kontrollgruppe); CI = Konfidenzintervall; OR = Odds Ratio (Quotenverhältnis); RR = Risk Ratio (relatives Risiko); P = p-Wert; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung; n = Anzahl; HITH = hospital in the home; ADL = activity of daily living

Author	Year	Design	Art	Readmission	Mortality	length of stay	Residential care	Complications	Rehabilitation	Activity/Mobility (Fallrisk)	Patientsatisfaction
Levine	2020	RCT	AA	T 7% vs. C 23%	during admission: 0% both groups 30d follow-up: T 7% vs. C 23%	longer Mean length of stay (95% CI) (days) T 4.5 (3.9, 5.0) C 3.8 (3.3, 4.4)	/	Delirium: T 3 (7%) vs C 4 (8%) New C. difficile: T 0 (0%) vs C 1 (2%) New MRSA: T 0 (0%) vs C 1 (2%) Acute kidney injury: T 1 (2%) vs C 2 (4%)	/	IADLs worse: admission to discharge T 11 (26%) N=42 C = 14 (31%) N=45 IADLs worse: admission to 30d after discharge T = 14 (37%) N=42 C = 13 (34%) N=38 ADLs worse: admission to discharge T = 6 (14%) N=42 C = 6 (13%) N=45; ADLs worse: admission to 30d after discharge T = 4 (11%) N=42 C = 6 (16%) N=38 Sedentary time (median % of day): T 12% vs C 23% Lying down (median % of day): T 18% vs C 55% Falls: T 1 (2%) vs C 0 (0%)	Median global satisfaction score (IQR) T = 10 (1) N=42 C = 9 (1) N=38
Levine	2018	RCT	AA	30d follow-up T 11% vs C 36%, p = 0.32	no difference reported both 0% also after 30d follow-up	Median length of stay during acute care episode (IQR) T = 3 (1) C = 3 (3) P=0.79	/	Delirium: 0% vs 0%. DVT/PE: 0% vs 0%. New pressure ulcer: 0% vs 0%. Thrombophlebitis at peripheral IV site: 0% vs 0%. CAUTI: 0% vs 0%. C. difficile: 0% vs 0%. New MRSA: 0% vs 0%. New arrhythmia: 0% vs 0%. Hypokalemia: 0% vs 0%. Acute kidney injury: T 0% vs C 9% (1/11)	/	ADLs worse at discharge: T 0% (n=9) vs. C 9% (n=11) IADLs worse at discharge: T 0% (n=9) vs. C 18% (n=11) 0% falls in both groups Physical activity (minutes per day, median): 209 home vs 78 control; p < 0.01. Upright posture (hours per day, median): 4.8 home vs 2.7 control; p < 0.01. Steps (median): 1820 home vs 159 control; p = 0.06.	Median global satisfaction score (IQR) T = 10 (1) C = 10 (2) P=0.67
Medigo	2023	retrospective analysis	AA*	rehospitalisation (Jan 2018 - Jul 2020): mean T 1.18 (SD 0.56) vs C 1.61 (SD 1.29), p < 0.001.	/	/	/	/	/	/	/
Mendoza	2009	RCT	AA	Re-admission for heart failure, n (%): T 15 (40.5%) vs C 17 (50.0%), p = 0.42	12 month follow-up: n (%): T 2 (5.4%) vs C 3 (8.8%), p = 0.67	T 10.9 (SD 5.9) N=37 vs. C 7.9 (SD 3.0), N=34, p=0.01 favours C	/	/	/	12month follow-up: Bartel-Index: T 4.0 (CI -0.9 bis 8.9) vs. C 4.7 (KC -2.2 bis 11.5), p = 0.21.	/
Nicholson	2001	RCT	AA	pending	pending	pending	pending	pending	pending	pending	pending
Ricauda	2008	RCT	AA, ED	6 month follow-up T 42% vs. C 87%, P<.001	both groups 20.2%	longer T 15.5 +/-9.5 vs C 11.0 +/-7.9 days, P =.010	/	/	/	At 6 months, mean (SD) T= 0.12 (0.64), C= 0.08 (0.73), P = 0.81	T= 49/52 (94%), C= 46/52 (88%), P = 0.83 Proportion of participants rating satisfaction as very good/excellent at discharge
Ricauda	2004	RCT	AA	pending	pending	pending	pending	pending	pending	pending	pending

Tabelle 5 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 2; AA = Admission Avoidance; ED = Early Supported Discharge/Transfer; T = treatment (Interventionsgruppe); C = control (Kontrollgruppe); CI = Konfidenzintervall; OR = Odds Ratio (Quotenverhältnis) ; RR = Risk Ratio (relatives Risiko); P = p-Wert; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung; n = Anzahl; HITH = hospital in the home; ADL = activity of daily living

Author	Year	Design	Art	Readmission	Mortality	length of stay	Residential care	Complications	Rehabilitation	Activity/Mobility (Fallrisk)	Patientsatisfaction
Richards	2005	RCT	AA	pending	pending	Median number of days to discharge: T=4 (range 1-14) N=24 vs C= 2 (range 0-10) N=25	pending	pending	pending	pending	pending
Singh / Shepperd	2021	2022 RCT	AA	/	beide Gruppen 15%	a non-significant mean difference of -1.12 days (95% CI: -3.83 to 1.59)	Mean days in residential care at 6 months were T 3.43 (SD 16.85) vs. C 6.14 (SD 25.59) (mean difference -2.71 days, 95% CI -5.6 to 0.21).	/	/	Mean score Barthel Index at 6 months (SD) T = 15.8 (4.4) C = 15.6 (4.9) Adjusted mean difference (95% CI) 0.24 (-0.33, 0.80) P=0.41	/
Walsh	2025	Retrospective matched case-control study, single center	ED	30-day readmissions (T 11% vs C 21%, P = 0.053),	/	T 12.9 vs C 9.4 days (P < 0.001)	/	/	/	/	/
Wilson	1999	RCT	AA	pending	pending	pending	pending	pending	pending	3 months follow-up Barthel Index: Median (IQR) T= 16 (13-19), C= 16 (12-20)	2 weeks follow-up/at discharge: Scale 0-18 Median (IQR) T= 15 (13 to 16.5), C= 12 (11 to 14), P < 0.0001

Tabelle 6 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 3; AA = Admission Avoidance; ED = Early Supported Discharge/Transfer; T = treatment (Interventionsgruppe); C = control (Kontrollgruppe); CI = Konfidenzintervall; OR = Odds Ratio (Quotenverhältnis) ; RR = Risk Ratio (relatives Risiko); P = p-Wert; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung; n = Anzahl; HITH = hospital in the home; ADL = activity of daily living

Die farbliche Markierung stellt die von den Autoren berichtete statistische Signifikanz oder Nicht-Signifikanz der Unterschiede dar. Im Hinblick auf die Relevanz der Effekte sind ggf. zusätzlich Studiendesign, Stichprobengröße, Kostenperspektive, Zeithorizont und Kostendefinition zu berücksichtigen.

4.2 Situation in der Schweiz

Bisher liegen aus den relativ jungen «Pilotinstallationen» in der Schweiz nur wenige Daten vor.

Pilotprojekt Arlesheim und erste Outcomes

In der Schweiz ist Hospital at Home (H@H) bzw. Care@home noch relativ neu. Entsprechend sind die verfügbaren Daten aus den ersten Umsetzungen begrenzt und stammen vor allem aus Pilotprogrammen. Ein wichtiger Schweizer Erfahrungs- und Evaluationsbericht kommt aus der Klinik Arlesheim, die ein H@H-Angebot aufgebaut hat und dazu erste Resultate publiziert hat. Das Programm behandelt überwiegend Admission Avoidance (AA) Patient:innen

Das Programm in Arlesheim wurde nach einer Entwicklungsphase (2020 bis 2022) ab Januar 2023 praktisch umgesetzt. Ab Juni 2023 lief es als Pilot mit begleitender Evaluation und Unterstützung durch den Kanton Basel-Landschaft. Das Ziel ist eine spitalsubstituierende Behandlung im häuslichen Umfeld, insbesondere um bei geeigneten Patient:innen eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Zuweisungen erfolgen dabei häufig über Hausarztpraxen (ungefähr die Hälfte) sowie über den Notfall (rund ein Viertel).

Entscheidend ist, dass zunächst ärztlich geklärt wird, ob grundsätzlich eine stationäre Behandlung indiziert wäre. Danach beurteilt das Team interprofessionell, ob die Versorgung zuhause insgesamt verantwortbar ist und ob die notwendigen Voraussetzungen im Alltag tatsächlich gegeben sind (medizinisch, organisatorisch und im Umfeld der betroffenen Person).

Organisatorisch arbeitet Arlesheim mit einem Kernteam aus Ärztinnen und Ärzten (internistischer Hintergrund) und diplomierten Pflegefachpersonen. Je nach Bedarf werden weitere ambulante Akteure einbezogen (z.B. Spitex, Therapien, Radiologie, Hausarztpraxis oder Fachärzte). Die Betreuung umfasst regelmässige pflegerische und ärztliche Visiten, deren Häufigkeit dem klinischen Zustand angepasst wird. In den berichteten Erfahrungen benötigten etwas über 30% mehr als zwei Visiten pro Tag. Etwa die Hälfte der Patient:innen konnte innerhalb von maximal einer Woche abgeschlossen werden. Als Sicherheitsnetz wird zudem eine 24/7 Erreichbarkeit beschrieben: telemedizinisches Vitalparameter-Monitoring kam in den bisherigen Erfahrungen bei einem kleineren Anteil (etwa 10%) zum Einsatz. Insgesamt wurden bis Ende Februar 2025 rund 350 Patient:innen im Rahmen des Programms spitalsubstituierend zuhause versorgt, was auf eine zunehmende Etablierung im Versorgungsalltag hinweist.

Die publizierten Outcomes beziehen sich in der Auswertung vor allem auf eine retrospektive Analyse aller 89 Patient:innen, die zwischen dem 1. Juni und dem 31. Dezember 2023 im H@H-Setting behandelt wurden. Das Kollektiv war deutlich geriatrisch geprägt und zeigte relevante Komorbidität: 55% waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei rund 73 Jahren (73.2 ± 17.6), der Charlson Comorbidity Index bei 2.8 ± 2.2 , und mehr als die Hälfte hatte einen erhöhten Pflegebedarf (Self-care-index < 32). Ein zentraler Ergebnisaspekt ist die Stabilität der Versorgungssituation: 78 von 89 Patient:innen konnten in ihrer bisherigen Versorgungssituation bleiben. Zusätzlich wird berichtet, dass im betrachteten Kollektiv keine Verlegung aus dem häuslichen Setting in eine Kurz- oder Langzeitpflege erfolgte und bei niemandem ein Bedarf für geriatrische Rehabilitation festgestellt wurde.

Zur Patientensicherheit wurden unerwünschte Ereignisse erfasst. In der retrospektiven Auswertung traten weder Delirien noch nosokomiale Infektionen auf. Es wurden drei Stürze dokumentiert (4.1 Stürze pro 1000 Pflagetage) sowie bei zwei Patient:innen ein neu diagnostizierter Dekubitus (2%). Zusätzlich ordnen die Autorinnen und Autoren diese Sturzrate im Vergleich zu internationalen Daten aus dem stationären Setting ein: Je nach klinischer Population werden dort Sturzhäufigkeiten von rund 2.7 bis 11.7 pro 1000 Pflagetage berichtet. Im Vergleich dazu wird die Sturzrate im Arlesheimer H@H-Kollektiv als gering bis moderat beurteilt. Diese Befunde unterstützen die Einschätzung, dass H@H in Arlesheim mit einem insgesamt überschaubaren Komplikationsprofil umgesetzt werden konnte. Gleichzeitig ist insbesondere bei Stürzen zu beachten, dass ein Zuhause-Setting das Risiko nicht automatisch eliminiert.

Zur Versorgungssituation nach Abschluss der H@H-Behandlung zeigte die Daten insgesamt eine hohe Stabilität: Von insgesamt 89 Patient:innen waren nach Austritt 47 weiterhin in Selbstversorgung, 20 wurden durch Spitex unterstützt, 2 hatten eine 24-h-Pflege und 2 eine Kombination aus 24-h-Pflege plus Spitex. 12 Personen blieben im Pflegeheim. Insgesamt verstarben 5 Patient:innen. Auffällig ist, dass sich die Versorgungslage bei den meisten nicht veränderte (z.B. Pflegeheim: 12/12; Spitex: 14/16; Selbstversorgung: 47/55). Die wichtigste Verschiebung innerhalb des Kollektivs betrifft Personen, die bei Eintritt noch selbstversorgend waren: 6 von 55 wechselten nach der H@H-Behandlung in eine Spitex-unterstützte Versorgung, während 47 selbstversorgend blieben.

Ergänzend berichten die Autorinnen und Autoren eine hohe Zufriedenheit: In einer klinikinternen Befragung (Rücklauf 37%, n = 33) würden alle Antwortenden das H@H-Programm weiterempfehlen. Auch Angehörige (n = 27) rückmeldeten positive Erfahrungen, unter anderem hinsichtlich Sicherheit, Entlastung und Einbezug. Insgesamt deuten die Arlesheimer

Pilotdaten darauf hin, dass H@H für ein geriatrisch geprägtes, polymorbides Kollektiv in der Schweiz machbar ist und bei sorgfältiger Selektion eine spitalsubstituierende Versorgung zuhause mit hoher Akzeptanz und wenigen unerwünschten Ereignissen ermöglichen kann. (15)

In der vorliegenden Publikation steht jedoch kein direktes Vergleichskollektiv von stationär behandelten Patient:innen aus derselben Institution und demselben Zeitraum zur Verfügung. Die berichteten Ergebnisse beruhen auf einer retrospektiven Auswertung des H@H-Kollektivs und erlauben deshalb nur eingeschränkte Aussagen zur relativen Wirksamkeit oder Sicherheit im Vergleich zur regulären stationären Versorgung. Entsprechend erfolgt die Einordnung einzelner Kennzahlen (z.B. Sturzhäufigkeit) nicht anhand einer internen Kontrollgruppe, sondern über den Rückgriff auf externe Referenzdaten aus der Literatur sowie auf nationale oder internationale Vergleichswerte. Diese Vorgehensweise verbessert die Plausibilisierung der Befunde, ersetzt jedoch keinen direkten Outcome-Vergleich unter vergleichbaren Ausgangsbedingungen (Case-Mix, Versorgungsprozesse, Dokumentation). Für eine belastbare Bewertung von Unterschieden gegenüber stationärer Behandlung wären künftig Studien mit zeitgleicher Kontrollgruppe oder zumindest gematchten Vergleichskollektiven erforderlich.

4.3 Konsequenzen für das AP2 Finanzierung

Die verfügbare externe Evidenz zeigt zwar einerseits weniger als erwartet belastbare Daten dafür, dass Patient:innen in einer Care@home oder Hospital@home Umgebung tatsächlich ein besseres Outcome haben, als bei regulärer stationärer Behandlung.

Andererseits bleibt festzuhalten, dass bis auf eine möglicherweise gesamthaft etwas verlängerte Behandlungsdauer auch keine sichtbare Verschlechterung des des Outcomes der Patient:innen im Vergleich zu stationärer Behandlung auftritt. Aus der Schweiz liegen erst wenige Daten vor, die jedoch in die gleiche Richtung zeigen. Zu beachten ist, dass Patient:innen in ihrer häuslichen Umgebung eventuell deutlich aktiver als in einem Spitalsetting sind. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass Sturzereignisse bei gesteigerter Mobilität zumindest nicht geringer als im stationären Setting sind.

Positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patient:innen werden vielfach gemeldet.

Take-home Message

Gesamthaft gesehen gibt es bisher **keine Hinweise** darauf, dass Patient:Innen durch eine spitalsubstituierende akutsomatische Hospital@home Behandlung **Nachteile** im Hinblick auf Mortalität, Aktivität und Mobilität, Sturzrisiko oder begleitende Komplikationen haben. Auch besteht kein Unterschied im Hinblick auf die stationäre Wiederaufnahme binnen 3-12 Monaten. Im Hinblick auf ESD kann die stationäre Verweildauer reduziert werden, während die gesamte Behandlungsepisode sich möglicherweise verlängern kann. Ein Übergang in Langzeitpflege erscheint für Hospital@home Patienten nach 6 Monaten weniger wahrscheinlich. Bisherige Schweizer Ergebnisse sind im Hinblick auf statistische Vergleichbarkeit noch unzureichend.

5 Care@home Finanzierung in der Schweiz - Experteninterviews

5.1 Care@home Finanzierung in der Schweiz - Methodik der Experteninterviews

Zur Erfassung der Finanzierungssituation von Hospital at Home in der Schweiz wurde eine Kombination aus Dokumentenrecherche und Experteninterviews vorgesehen. Erstens wurden auf Basis der bisherigen Interviews sowie des vorhandenen Fachwissens zentrale Aspekte der Finanzierung für drei Hospital-at-Home-Projekte zusammengetragen. Seitens des Instituts für Gesundheitsökonomie wurde ein Fragenkatalog für eine Befragung erstellt und eine Befragung von bis zu 13 Institutionen vorgeschlagen. Dieser Fragenkatalog wurde im April 2025 von der BFH für die semistrukturierten Interviews mit durchführenden Institutionen überarbeitet, erweitert und angepasst ([AP 2. Interview Finanzierung leer.xlsx](#)).

Die geplanten Experteninterviews wurden als semistrukturierte Interviews konzipiert. Vorgesehen war pro Institution ein rund einstündiges Interview mit einer finanzverantwortlichen Fachperson der jeweiligen Organisation (von der Organisation zu bestimmen). Es wurden keine konkreten Finanz- oder Betriebskennzahlen abgefragt, sondern übergeordnete Fragen zu Finanzierungslogiken, Abrechnungs- und Vergütungsmodellen sowie zu Herausforderungen in der Umsetzung adressiert.

Auswahl der Expert:Innen: Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte zunächst anhand der drei bereits in den Prozessanalysen betrachteten Hospital-at-Home-Standorte. Pro Standort sollte eine Person mit ausgewiesener Expertise zu Finanzierung, Abrechnung und/oder Controlling der Organisation interviewt werden. Aus Gründen der Anonymisierung werden im Bericht keine Institutionsnamen genannt; es wird ausschliesslich von "Standort" bzw. "Institution" gesprochen. Zwei der drei Standorte sind direkt an ein Spital angeschlossen, der dritte Standort ist eine rein ambulante Institution, die eng mit mehreren Spitälern zusammenarbeitet, aber spitalunabhängig ist. Es wird angestrebt, noch einen weiteren Standort einzubeziehen.

Durchführung der Interviews: Die Interviews wurden auf Basis eines konkreten, vorab erstellten Fragenkatalogs durchgeführt und orientierten sich an einer einheitlichen Struktur, um eine standortübergreifende Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Durchführung erfolgte als Videointerview. Zusätzlich wurden während des Gesprächs Notizen angefertigt und das Interview aufgezeichnet.

Zur inhaltlichen Validierung wurden die aufbereiteten Antworten im Anschluss an die Interviews den jeweiligen Interviewpartnern zugestellt. Diese konnten Korrekturen und Ergänzungen mittels Kommentaren anbringen und durch ihre Rückmeldung die Freigabe der Informationen bestätigen.

Der Fragekatalog: Der semistrukturierte Interviewleitfaden umfasste Fragen zu (1) Leistungsumfang und Versorgungsmodell (insbesondere angebotene Leistungen sowie Einbindung externer ambulanter Anbieter und Aufgabenteilung), (2) Einschlusskriterien und logistische Rahmenbedingungen der Versorgung (z. B. Patient:innenselektion, Wohnsituation und Versorgungsradius), (3) Zusammenarbeit und Koordination an der Schnittstelle ambulant–stationär, (4) Dokumentation und IT-Systeme mit Blick auf abrechnungsrelevante Daten, (5) Abrechnung und Tarifsysteme einschliesslich möglicher Unterschiede zwischen Krankenversicherern, (6) Finanzierungsquellen und besondere Finanzierungswege (z. B. OKP, Zusatzversicherung, Pilot- oder kantonale Finanzierungen, sowie Finanzierung digitaler/telemedizinischer Leistungen und weiterer Leistungskomponenten wie Medikamente oder Physiotherapie), und (7) ökonomische Einordnung und Weiterentwicklung (z. B. Kostenträgerrechnung, Kostendeckung, Evaluation von Kosten/Nutzen bzw. Wirksamkeit, Qualitätssicherung, finanzielle Herausforderungen, Verbesserungs- und Tarifentwicklungsbedarf).

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang (14.7 Fragekatalog Experteninterview Finanzierung H@H) hinterlegt.

5.2 Care@home Finanzierung in der Schweiz - Ergebnisse der Experteninterviews

Stand Januar 2026 war diese Aktivität noch nicht abgeschlossen, es stehen sowohl noch Interviews als auch Auswertungen aus. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung wurden Interviews mit zwei der vorgesehenen Institutionen durchgeführt. Ein Interview ist angefragt, ein weiteres mit einem rein ambulanten Erbringer von Care@home ist angedacht. Entsprechend sind die Ergebnisse als "pending" zu verstehen. Einzelne vorläufige Ergebnisse sind in Kapitel 2.8 Konsequenzen für das AP2 Finanzierung eingeflossen:

Die bisher befragten Standorte in zwei Kantonen haben daher Pilotvereinbarungen mit dem jeweiligen Kanton geschlossen, so dass der Kanton den kantonalen Anteil der (stationären) Fallpauschale für das jeweilige Krankheitsbild übernimmt. Teilweise gibt/gab es Vereinbarungen mit einzelnen Krankenversicherungen, bei denen diese sich diesem Vorgehen - Übernahme des Versicherungsanteils der stationären Fallpauschale - mit anschliessen. Ein Anbieter bietet Hospital@home auch ausserhalb seines Stammkantons an. In diesen wenigen Fällen findet eine Abrechnung ausschliesslich über den ambulanten Arzttarif TARMED/TARDOC statt.

Weitere Ergebnisse werden 2026 folgen.

6 Ein Care at home Kostensimulator

Im Rahmen der Arbeit für das Arbeitspaket Finanzierung wurde, zusammen mit Studierenden der BFH TI, ein Care@home Kostensimulator als Prototyp entwickelt ([care@home Vergleichs-Tool 9.xlsm](#)).

Das Ziel dieser Entwicklung war, den bereits im Pilotbetrieb arbeitenden oder ein Care@home Projekt planenden Institutionen ein Werkzeug an die Hand zu geben, das einen strukturierten Kostenvergleich zwischen stationärer Behandlung und optionaler Care@home/Hospital@home ermöglicht. Ausgangspunkt der Arbeit war die Fragestellung, wie sich unterschiedliche mögliche Finanzierungs- bzw. Vergütungsformen für Care@home (z. B. fallbasierte oder tagesbasierte Pauschalen bzw. Einzelvergütung) im Vergleich zu stationären Fallpauschalen auf die Kosten auswirken könnten.

Da bisher keine publizierten Kostendaten für die Schweiz vorliegen, wurde die Aufteilung der Kostenarten für stationäre Fälle mit der jeweiligen DRG, wie von Swiss DRG publiziert, als Grundlage für die linke stationäre Seite gewählt. Diese (recht grobe) Aufteilung differenziert für das jeweilige Abrechnungsjahr in den Prozentsatz Kosten für Medikamente/Blutprodukte, Implantate und Material, Ärztliche Leistungen, pflegerische Leistungen, Hotellerie, Anlagenutzungskosten, Notfalltransport und andere Kosten. Derjenige der mit dem Werkzeug arbeitet, kann nun Annahmen treffen, wieviel höher oder niedriger der Kostenanteil bei der Care@home Versorgung ist. Beispielsweise würden Kosten für Hotellerie wegfallen, dafür kommen möglicherweise Transport und Wegekosten neu hinzu.

Als Datengrundlage für die stationäre Seite wurde der Datenspiegel der SwissDRG V13 (2021) genutzt, inklusive Aufteilung der DRG-Kosten in Kostenblöcke. Der aktuelle Prototyp ermöglicht einen Vergleich basierend auf einer für Care@home angenommenen Fallpauschale für mehrere Krankheitsbilder und Schweregrade, (DRG E77 Infektionen der Atemwege in unterschiedlichen Schweregraden, DRG L63 Krankheiten und Störungen der Harnorgane, DRG L20 transurethrale Eingriffe). Geplant ist eine Erweiterung auf ambulante Abrechnungsformen, die jedoch bisher noch nicht umgesetzt werden konnte

Im untenstehenden Screenshot (Abbildung 12) wird beispielhaft ein Vergleich für E77C gezeigt, bei der stationären Vergütung und Ausgaben den geschätzten Care@home-Werten gegenübergestellt werden.

Kosten-Vergleichs-Tool "stationär" vs. "care@home" Behandlung								
DRG E77C: Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äusserst schwere CC oder bestimmte Prozedur								
Alter > 15 Jahre und mehr als ein Belegungstag								
MDC 04 - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane								
1								
	DRG E77C stationär				DRG care@home (Schätzung)			
	Vergütung (CHF)		Ausgaben (CHF)		Vergütung (CHF)		Ausgaben (CHF)	
Kostengewicht		1.077	Medianwert (Quelle: DRG-Datenspiegel V13.0/2021)			1.077		
Baserate (Basispreis)		10000				9500	Annahmen, da keine Daten	
Gesamtkosten	100%	10'770	100%	10'756	100%	10'232	100%	10'232
Medikamente/ Blutprodukte	5.00%	539	3.04%	327	5.00%	512	3.04%	311
Implantate/med. Material	6.00%	646	1.27%	137	6.00%	614	1.27%	130
Ärztschaften	15.00%	1'616	16.09%	1'731	15.00%	1'535	16.09%	1'646
Pflege	35.00%	3'770	41.65%	4'480	35.00%	3'581	41.65%	4'262
Hotellerie	10.00%	1'077	8.55%	920	10.00%	1'023	0.00%	0
"stationär": ANK (Anlagenutzungskosten)								
"care@home": med. Geräte & Hilfsmittel	9.00%	969	9.32%	1'002	9.00%	921	9.32%	954
andere	20.00%	2'154	20.08%	2'160	20.00%	2'046	20.08%	2'055
Notfalltransport	n/a	n/a	n/a	n/a	0.00%	0	0.49%	50
Total / Kontrolle	100.00%	10'770	100.00%	10'756	100.00%	10'232	91.94%	9'407
Einnahmen vs. Ausgaben				14				824
Fazit: care@home wäre mit diesen Annahmen		CHF 1'349 günstiger als eine stationäre Lösung						
		oder 8.06%						

Abbildung 12 Kosten-Vergleichs-Tool stationär vs. care@home Behandlung

Beurteilung: Bisherige Pilotstandorte – überwiegend mit spitalsubstituierender AA-Behandlung erheben zwar intern ihre Kostendaten, aber diese Daten werden derzeit nur bei Verhandlungen mit Kantonen und Kostenträgern verwendet und sind nicht öffentlich zugänglich. Insofern besteht derzeit in der Öffentlichkeit Unklarheit darüber ob und welche der Programme unter welchen Bedingungen und Finanzierungen kostendeckend operieren können. Häufig lag eine Pilotfinanzierung zum Anschlag vor, die zumindest anfängliche Verluste aufgefangen hat. Die jeweilige Auslastung des Pilotprogrammes spielt dabei ebenfalls eine grosse Rolle.

In diesem Umfeld wurde versucht, zumindest ein generisches Werkzeug bereitzustellen, welches eventuell bei Vergleichsberechnungen unterstützen kann.

Das Werkzeug wurde innerhalb der Arbeitsgruppe bereitgestellt und diskutiert. Es wurde angemerkt, dass Arztkosten bei Hospital@home höher ausfallen können und das Tool dennoch sinnvoll ist. Gewünscht wurde zudem eine Integration der Berechnung möglicher präventiver Effekte in das Werkzeug (z. B. vermiedene Komplikationen wie Delir oder Infektionen). Ebenfalls wurde vorgeschlagen, Wegzeiten von ärztlichem Personal und Pflegepersonal in die Berechnung einzubeziehen. Weitere Hinweise betrafen die Berücksichtigung integrierter Daten und Leistungserbringung (z. B. Hausarzt, Spitex) sowie eine zusätzliche Gegenüberstellung einer ambulanten Therapie nach TARMED/TARDOC, ambulanten Pauschalen, Zusatzentgelten und Spitex-Tarifen.

7 Zusammenfassung

Die im vorliegenden Bericht dargestellten Ergebnisse beziehen sich primär auf akutsomatische, spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle im Sinne von Admission Avoidance. Die breitere Care@home-Landschaft in der Schweiz umfasst darüber hinaus weitere Versorgungsformen, darunter psychiatrische Home-Treatment-Modelle, palliative, geriatrische und pädiatrische Angebote sowie netzwerkartige Strukturen. Diese Modelle unterscheiden sich hinsichtlich Zielgruppe, Leistungsumfang, klinischer Verantwortung und Finanzierungslogik deutlich, weshalb die nachfolgenden Schlussfolgerungen nicht ohne Weiteres auf sämtliche Care@home-Formen übertragen werden können.

7.1 Auswirkungen von Hospital@home auf das Outcome der Patient:innen

Für AP2 ist es zentral, ob Patient:innen in spitalsubstituierenden Hospital@home-Modellen ein mindestens vergleichbares Outcome wie unter stationärer Behandlung erreichen. Die internationale Evidenz spricht insgesamt dafür, dass Admission-Avoidance-Hospital@home für selektionierte Patient:innengruppen klinisch sicher durchgeführt werden kann. Aufgrund geringer Fallzahlen ist die Datenlage in der Schweiz dazu noch eher schwach. Mit Blick auf die internationale Literatur (siehe auch Kapitel 4.3) lässt sich allerdings festhalten:

- Es scheint keinen signifikanten Unterschied bei der Wiederaufnahme (Readmission) zu geben (5)
- Die Mortalität der Patient:innen erscheint vergleichbar bis 6 Monate nach Behandlung (5); ergänzende Analysen deuten zum Teil auf kleine Vorteile zugunsten H@H
- Aufenthaltsdauer: Vielfach fehlt die erforderliche Trennschärfe zwischen Spitalaufenthalt, kumulierten Spitaltagen im Follow-up und Gesamtepisode inkl. Hospital@home-Phase. Teilweise werden längere Gesamtepisoden berichtet
- Nach derzeitigem Kenntnisstand scheint ein Vorteil von Hospital@home beim geringeren Übergang der Patient:innen in Langzeitpflege innerhalb von 6 Monaten nach Behandlung vorzuliegen (5)
- Einzelstudien berichten teils signifikant weniger Komplikationen unter Hospital@home (z.B. Konfusion, Harnwegs- und Darmkomplikationen) oder sehr niedrige Ereigniszahlen respektive vergleichbare Raten in beiden Gruppen
- Eine erste Schweizer Studie berichtet in der kleinen Interventionsgruppe über keine Delirien, keine nosokomialen Infektionen; 3 Stürze (4.1/1000 Pflgetage), 2 neu diagnostizierte Dekubitus (2%) (15)
- Die Patientenzufriedenheit wurde nicht durchgängig erhoben, scheint aber tendenziell höher in Hospital@home bei eingeschränkter Evidenzsicherheit (potenzieller Bias durch die Selektion von Patient:innen, fehlende Werte)
- Für die Schweizer Pilotstudie wird die Patientenzufriedenheit der Hospital@home Patient:innen im Rahmen einer klinikinternen Befragung (Rücklauf 37%) sehr positiv berichtet

Gesamthaft lässt sich feststellen, dass es keine Hinweise gibt, dass das Outcome der Patient:innen in einer Hospital@home-Behandlung schlechter ausfällt. Einzelne Ergebnisse weisen auf einen leichten Vorteil der Hospital@home-Behandlung hin.

7.2 Kostendaten und Finanzierung von Hospital@home mit Fokus auf Admission Avoidance

Hier mangelt es für die Schweizer Piloten, die im Moment alle in einer Übergangssituation sind, an tragfähigen Daten und insbesondere am Vergleich mit einem vergleichbaren, stationär behandelten Kollektiv von Patient:innen. Zu unterscheiden sind ferner die abgerechneten Kosten und die tatsächlich aufgetretenen Kosten, letztere wurden bisher nicht frei verfügbar offengelegt. Die Einordnung der internationalen Literatur beruht dabei auf einer explorativen Evidenzsynthese mit heterogener Studienbasis und eingeschränkter Systemübertragbarkeit.

- International: Mehrere Studien/Übersichten berichten niedrigere Kosten für Hospital@home, Signifikanz jedoch nicht konsistent; es besteht eine starke Abhängigkeit von Kostenperspektive, Systemlogik und berücksichtigten Kostenkomponenten.

Take-home Message

International zeigt Admission-Avoidance-Hospital@home bei selektionierten Patient:innengruppen eine vergleichbare klinische Sicherheit, teils Vorteile bei Folgeoutcomes und Hinweise auf niedrigere Kosten. In der Schweiz ist die Evidenz noch pilotgetrieben. Erste Outcome-Daten (z.B. Arlesheim) sprechen für Machbarkeit und Patientensicherheit, erlauben aber ohne Kontrollgruppe keine direkten Wirksamkeits- oder Kostenrückschlüsse.

8 Diskussion

8.1 Methodische Diskussion

Die Grundlagen zu diesem Bericht wurden einerseits in der unter Kapitel 1.1. beschriebenen kleinen Arbeitsgruppe im Rahmen des SCC, andererseits durch die Leitung des Arbeitspaketes und MitarbeiterInnen des Instituts für Medizinische Informatik der BFH nach bestem Wissen und Gewissen erhoben und zusammengestellt. Der Bericht bildet einen Arbeitsstand für das Jahr 2025 ab und ist als Zwischenstand einer laufenden Analyse und laufender Aktivitäten im AP2 Finanzierung des SCC zu verstehen. Nachfolgende Entwicklungen sind nicht berücksichtigt.

Eine zentrale methodische Einschränkung besteht darin, dass die im Bericht dargestellten Ergebnisse zwar vor dem Hintergrund einer breiteren Care@home-Landschaft diskutiert werden, sich die eigentlichen Analysen jedoch im Jahr 2025 aufgrund der Prioritätensetzung im AP2 primär auf akutsomatische, spitalsubstituierende Hospital@home-Modellen im Sinne von Admission Avoidance beziehen. Andere Versorgungsformen wie psychiatrische Home-Treatment-Modelle, palliative, geriatrische oder pädiatrische Angebote sowie netzwerkartige Strukturen wurden zur Kontextualisierung berücksichtigt, jedoch bisher nicht mit derselben analytischen Tiefe untersucht. Eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf sämtliche Care@home-Formen ist deshalb nicht ohne Weiteres zulässig.

Befragungen zu den Abläufen und zur Finanzierung haben sich auf Wunsch der Beteiligten in der Arbeitsgruppe in erster Näherung bisher auf ausserkantonale Standorte beschränkt, die spitalsubstituierende Hospital@home anbieten. Andere mögliche Care@home-Versorgungsformen und spezifische Krankheitsbilder wie beispielsweise Psychiatrie wurden aus Kapazitätsgründen und im Sinne einer Priorisierung bisher noch nicht einbezogen. Diese Priorisierung liegt in der aktuellen Zusammensetzung der Arbeitsgruppe mitbegründet. Der vorliegende Bericht stellt zudem eine Art Snapshot der fortlaufenden Arbeit des AP2, bezogen auf das Jahr 2025 dar.

Die in Abbildung 1 dargestellte Definition von Care@home als einem umfassenden Modell über Hospital@home hinaus wird nicht überall in der Literatur so verwendet, sondern stellt eine eigene Entwicklungsaktivität des SCC dar. Terminologie und Leistungsumfang von Care@home respektive Hospital@home sind international nicht einheitlich. Nicht jedes "Hospital@home" ist spitalsubstituierende Admission-Avoidance-Versorgung, und in der Literatur werden teils unterschiedliche Modelltypen gemeinsam analysiert. Auf Outcome-Ebene ist insbesondere bei Readmission und Aufenthaltsdauer die Heterogenität der Definitionen (Zeitfenster, Zähllogik, Episodenabgrenzung) ein wesentlicher Grund für unterschiedliche Ergebnisse. Darüber hinaus bestehen in Teilen der Literatur Unklarheiten und mangelnde Präzision in den Definitionen der verschiedenen Modelle. Nicht überall, wo Care@Home drauf steht, ist Care@Home drin und nicht überall, wo Care@Home drin ist, steht auch Care@Home drauf.

Für die Schweiz ist die methodische Einschränkung besonders ausgeprägt, weil die bisher verfügbaren Erkenntnisse derzeit vor allem aus drei prioritär untersuchten spitalsubstituierenden Pilotinstallationen stammen. Die erste vorliegende Publikation über das Modellprojekt Arlesheim liefert zwar wertvolle Hinweise zu Machbarkeit und Patientensicherheit, basiert jedoch auf einer retrospektiven Auswertung ohne zeitgleiches Kontrollkollektiv. Damit sind direkte Aussagen zur relativen Wirksamkeit und zur Kosteneffektivität gegenüber stationärer Versorgung in der Schweiz derzeit nicht möglich. Zudem haben viele der untersuchten Versorgungsmodelle Pilotcharakter, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf eine breite Einführung unter Alltagsbedingungen zulässt. Die aus der Prozessanalyse abgeleiteten Finanzierungsimplicationen beruhen auf einer kleinen explorative betrachteten Stichprobe und können nicht auf alle Care@home Modelle übertragen werden.

Ein Teil der Ergebnisse beruht auf einer explorativen Evidenzsynthese (convenience sample) und nicht auf einem systematischen Review. Der betrachtete systematische Cochrane Review schaut nur auf Teilaspekte. Entsprechend kann nicht garantiert werden, dass die gesamte internationale Evidenzlage vollständig abgedeckt wurde, zumal keine formal vollständig reproduzierbare Suchstrategie im Sinne eines systematischen Vorgehens angewendet und die Studienauswahl nicht durchgängig doppelt-unabhängig vorgenommen wurde. Zudem wurde die Suche auf die Datenbanken PubMed und Cochrane beschränkt. Daher können relevante Publikationen aus weiteren medizinischen, pflegewissenschaftlichen oder gesundheitsökonomischen Datenbanken (z. B. Embase, CINAHL, Scopus/Web of Science) fehlen. Von uns zitierte (statistische) Signifikanzen wurden von den jeweiligen Autoren als solche gekennzeichnet. Für eine detaillierte Interpretation von Kosten- und Outcome-Unterschieden sollten weitere Faktoren wie Stichprobengrösse, Studiendesign, Zeithorizont etc betrachtet werden.

Ergänzend wurde zwar eine Schneeballsuche eingesetzt, indem die Referenzlisten der als relevant identifizierten Studien und Reviews systematisch nach weiteren relevanten Quellen durchsucht wurden. Dieses Vorgehen kann die Abdeckung erweitern, ersetzt jedoch keine breit angelegte Datenbanksuche und kann zu einer Überrepräsentation häufig zitiertes Literatur führen. Die Recherche ist ausserdem als Work in Progress zu verstehen: Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren nicht alle erfassten Quellen vollständig gesichtet und inhaltlich extrahiert (gesichtet 59 von 88), weshalb die dargestellten Ergebnisse vorläufig für das Jahr 2025 sind und sich mit fortschreitender Bearbeitung verändern können. Schliesslich bleibt die fehlende Kostentransparenz in der Schweiz ein zentraler massiv limitierender Faktor. Zwar werden an mehreren Standorten Kosteninformationen intern erhoben (z.B. im Rahmen von Pilotevaluationen oder zur Vorbereitung von Finanzierungsvereinbarungen), diese Daten sind jedoch in der Regel nicht öffentlich verfügbar, geschweige denn systematisch publiziert, methodisch einheitlich aufgearbeitet oder auch für externe Akteure verfügbar. Damit ist von aussen oft unklar, welche Kostenbestandteile in die Kalkulation einfließen (z.B. Personalaufwand inkl. Nacht-/Pikettdienst, Fahr- und Wegezeiten, Koordination und Case Management, Diagnostiklogistik, Telemonitoring, Material/Medikamente, Overhead/IT-Infrastruktur) und wie diese im Vergleich zur stationären Versorgung abgegrenzt werden. Zudem werden indirekte Kostenverschiebungen (z.B. zusätzlicher Aufwand für Angehörige oder ambulante Dienste) nicht in allen Berechnungen gleich berücksichtigt, was die Vergleichbarkeit weiter einschränkt.

Genau hier wäre ein standardisierter Kostenausweis zentral. Ein REKOLE-kompatibler Ausweis beziehungsweise eine vergleichbare, einheitliche Kostenträgerrechnung könnte sicherstellen, dass Kostenkomponenten konsistent definiert, korrekt zugeordnet und zwischen Standorten vergleichbar dargestellt werden. Erst damit liesse sich belastbar beurteilen, ob spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle unter Schweizer Bedingungen kostendeckend betrieben werden können, wo sich Kosten zwischen Akteuren verschieben (Kanton, Versicherer, Leistungserbringer, Patient:innen/Angehörige) und welche Skalierungsszenarien finanzierungsseitig realistisch sind. Aktuell liegt ein solcher standardisierter, öffentlich nachvollziehbarer Kostenausweis jedoch nicht vor, was die gesundheitsökonomische Einordnung und die Ableitung von Tarif- und Finanzierungsimplicationen deutlich erschwert.

8.2 Ergebnisbezogene Diskussion

Aus der obenstehenden methodischen Diskussion ergeben sich implizit einige Einschränkungen für die von uns ermittelten Ergebnisse. Dennoch zeigt sich international ein relativ stabiler Kern: Spitalsubstituierendes akutsomatisches Hospital@home zur Admission-Avoidance erscheint für selektionierte Patient:innengruppen klinisch mindestens vergleichbar sicher wie eine vollstationäre Behandlung, insbesondere mit Blick auf Mortalität und stationäre Wiederaufnahme. Einzelne Outcomes zeigen potenziell Vorteile für das Hospital@home auf.

Andererseits sind die einzelnen Ergebnisse abhängig vom Studiendesign und der untersuchten Population doch recht heterogen. Die publizierten Studien zeigen unterschiedliche Konstrukte im Hinblick auf Teamzusammensetzung, Verantwortlichkeit (ärztlich vs. pflegegeleitet), Erreichbarkeit und Umfang der gebotenen @home-Dienste, oder Diagnostik- und Eskalationspfade. Diese Heterogenität ist nicht nur ein methodisches Problem, sondern auch ein Hinweis darauf, dass Hospital@Home kein einheitliches Produkt ist, sondern stark von der konkreten Ausgestaltung abhängt.

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der eingeschlossenen Studien selbst ein erhöhtes Risiko für Selektionsbias aufweisen, da die Patient:innen häufig stark selektiert werden (Persönliche Präferenz für @home Behandlung, Distanz von der Einrichtung), wodurch die Ergebnisse für Hospital@home tendenziell günstiger ausfallen können. Zudem ist die Aussagekraft vieler Studien durch kleine Stichprobengrößen limitiert. Geringe Sample Sizes reduzieren die statistische Power und erhöhen die Unsicherheit insbesondere bei seltenen Ergebnissen wie Mortalität oder schweren Komplikationen.

Eine weitere zentrale Limitation betrifft die Vergleichbarkeit der Resultate der Kostenbetrachtung. Internationale Studien unterscheiden sich teils deutlich hinsichtlich des Gesundheitssystem und der Finanzierungs- und Vergütungslogik der Länder. Diese haben direkten Einfluss auf das Setzen von Anreizen für oder gegen Hospital@home. Hinzu kommen in den einzelnen Studien unterschiedliche Perspektiven der Kostenbetrachtung z.B. die Sicht der Leistungserbringer, der Versicherer, oder eine gesamtgesellschaftliche Sicht. Weitere Unterschiede betreffen die jeweils berücksichtigten Kostenkomponenten und den betrachteten Zeithorizont. Dadurch sind Aussagen zu "Kostenreduktionen" und deren Signifikanz zwischen verschiedenen Ländern und Studien nur bedingt direkt vergleichbar.

Je nach untersuchtem Land können sehr unterschiedliche Anreize für eine Hospital@home Behandlung bestehen. Beispielsweise wird in Singapur die spitalsubstituierende Hospital@home Behandlung ausschliesslich von Spitälern angeboten und organisiert. Sie spart in dem dichtbesiedelten Land mit 6 Millionen Einwohnern auf 763 Quadratkilometern (8286

Einwohner pro Quadratkilometer) potentiell den Neubau von Spitälern, für die eventuell gar kein Platz mehr besteht. Einsatzwege sind in diesem Fall kurz und beispielsweise mit anderen Flächenländern kaum vergleichbar. Daher wird in diesem Land für die @Home Behandlung der gleiche Tarif wie für stationäre Behandlung angewendet. In England mit dem steuerfinanzierten National Health System NHS bestehen wiederum Wartezeiten für verschiedenste Eingriffe und Therapien im stationären Bereich. Hier kann Hospital@home helfen, akute Engpässe in der Versorgung zu überwinden.

Für die Schweiz liegen bisher aufgrund der oben beschriebenen fehlenden Kostentransparenz noch gar keine echten Kostendaten frei verfügbar vor. Diese werden heute allenfalls in der verschlossenen Stube zwischen den Kantonen und den einzelnen Pilotinstallationen ausgehandelt. Werkzeuge wie der in Kapitel 6 beschriebene Kostensimulator können ohne realistische Kostendaten eines Hauses nur bedingt weiterhelfen. Infolgedessen ergibt sich ein klarer Bedarf an Schweiz-spezifischer Evidenz, die spitalsubstituierende Hospital@home-Behandlung direkt mit stationärer Versorgung vergleichbar macht. Prioritär sind prospektive Studien oder zumindest gematchte Kohortenstudien, in denen zentrale Kernindikatoren konsistent erhoben werden.

Hierbei gilt es einerseits, mit Hilfe einer standardisierten Erfassung Outcome Parameter wie Wiederaufnahmen mit klar definiertem Zeitfenster, Mortalität, Transfers in Langzeitpflege, Komplikationen sowie patientenbezogene Endpunkte wie Zufriedenheit der Patient:innen und Patient Reported Outcomes (PROs) zu erheben. Parallel dazu braucht es eine Standardisierung der Begriffe und Outcomes: Die Abgrenzung von AA gegenüber ESD sollte einheitlich erfolgen, Readmission-Zeitfenster sollten klar festgelegt werden und die Aufenthaltsdauer sollte transparent und vergleichbar ausgewiesen werden, etwa getrennt nach Index-Spittagen, kumulierten Spittagen und Gesamtperiode inklusive Hospital@home-Phase. Ziel für diesen Teil wäre der Nachweis, dass auch in der Schweiz spitalsubstituierende Hospital@home-Modelle vergleichbare Outcomes zur stationären Behandlung erreichen.

Im Hinblick auf Kosten und Tarife für spitalsubstituierendes Hospital@home in der Schweiz sind verschiedene Faktoren relevant.

Einerseits sind die heutigen und von uns betrachteten Pilotinstallationen relativ klein und versorgen maximal ein paar hundert Patient:innen pro Jahr. Für eine nachhaltige Kostenbetrachtung wären grössere Installationen wünschenswert, bei denen sich bestimmte Vorhaltekosten, beispielsweise für das Care Team oder die zentrale Koordination auf eine grössere Anzahl Patient:innen umlegen lassen. Mündliche Aussagen der Pilotstandorte weisen darauf hin, dass ein break even ganz klar von dieser Skalierung abhängt und in der Anfangszeit bei den meisten Teilnehmern noch nicht erreicht wurde.

Andererseits ist eine gesundheitsökonomische Evaluation unter Schweizer Rahmenbedingungen wünschenswert. Dazu ist ein einheitliches Kostenframework notwendig, das Perspektive, Preisjahr und enthaltene Komponenten explizit definiert und auch typische Hospital@Home spezifische Aufwände (z.B. Koordination, Fahr- und Wegezeiten, Diagnostiklogistik, Telemonitoring) systematisch berücksichtigt. Um Kostendeckung und Skalierbarkeit belastbar beurteilen zu können, wäre ein möglichst standardisierter Kostenausweis sinnvoll, beispielsweise in REKOLE-kompatibler Form oder über eine vergleichbare, einheitliche Kostenträgerrechnung. Schliesslich ist für eine realistische Aussage die systematische Erfassung von Einschluss- und Ausschlussmechanismen für Patient:innen zentral, um zu verstehen, welche Patient:innengruppen tatsächlich geeignet sind und welche Auswirkungen die Selektion auf Auslastung, Qualität und Kosten hat.

8.3 Ausblick mit speziellem Fokus auf spitalsubstituierendes Hospital@home

Alle drei bisher befragten Standorte erbringen bei Patient:innen für einen begrenzten Zeitraum eine spitalsubstituierende Versorgung im häuslichen Setting, meist wenige Tage. Um dieses Angebot aufrecht erhalten zu können muss sich die komplexe Versorgungsrealität auch in der Finanzierungslogik spiegeln.

Die Pilotvereinbarungen in den Kantonen Baselland und Zürich, bei denen der Kanton den kantonalen Anteil der stationären Fallpauschale für das jeweilige Krankheitsbild übernimmt, tragen dieser Spitalsubstituierung aktuell Rechnung. Teilweise gibt es auch Vereinbarungen mit einzelnen Krankenversicherungen, die sich diesem Vorgehen anschliessen und den Versicherungsanteil der stationären Fallpauschale übernehmen. Die übrigen Standorte rechnen derzeit mit den Versicherungen bis zum Maximum der stationären Fallpauschale ihre ärztlichen Leistungen über TARMED (2025) ab. Diese Befunde beziehen sich bisher auf eine kleine Zahl von Pilotstandorten.

Ein Standort erbringt Hospital@home Leistungen vereinzelt auch in einem angrenzenden Kanton und rechnet für diese Patient:innen alle Leistungen mit dem Kanton und den Versicherern ausschliesslich über TARMED ab. Dies ist laut eigenen Angaben nicht kostendeckend.

Die aktuellen ambulanten Einzelleistungstarife in der Schweiz sind für punktuelle Konsultationen konzipiert. Sie können die 24/7-Verantwortung, die systemische Vorhaltung, die intensive Betreuung und die komplexe Logistik (Medikation, Diagnostik, Notfallbereitschaft) eines spitalsubstituierendes Hospital@Home-Programms nur unzureichend abbilden. Ein Hineinpressen dieser Behandlungsform in reguläre ambulante Tarife bürgt ein gewisses Risiko für eine Unterfinanzierung der spitalsubstituierenden Versorgungsformen.

Spitalsubstituierende Hospital@home Versorgung kann und wird in der Schweiz bereits in den Piloten in unterschiedlicher Team-Zusammenstellung erbracht (siehe Abbildung 2). Zwei Standorte bilden Teams aus dedizierten Mitarbeiter:Innen des Spitals, ein Standort agiert als ambulanter Leistungserbringer. Sofern beide Versorgungsformen bei vergleichbaren Schweregraden der Patient:innen gleichwertige Behandlungsergebnisse erzielen, wäre es für eine weitere Ausweitung von Hospital@Home wünschenswert, dass spitalunabhängige Programme den spitalgeführten Programmen finanziell und regulatorisch gleichgestellt werden. Hierfür sollten klare Vergleichsindikatoren definiert werden, beispielsweise Erfüllung von Einschlusskriterien, spitalsubstituierende Pflege- und Arztvisiten, adäquate Diagnostik. Eine einheitliche Vergütungssystematik für sämtliche H@H-Anbieter ist hierbei von zentraler Bedeutung. Andernfalls ist eine Monopolstellung für physische Akutspitäler zu erwarten.

Die kommende einheitliche Finanzierung (EFAS) eröffnet die Möglichkeit eines dritten Weges zur Finanzierung von spitalsubstituierendem Hospital@home. Mit EFAS werden ab dem 1. Januar 2028 (plus Übergangsfristen) ambulante und stationäre Leistungen nach einem identischen Verteilschlüssel (mindestens 26,9 % Kantone, höchstens 73,1 % Versicherer) finanziert. Damit entfällt die bisherige systematische Trennung der Finanzierungslogik für ambulante und stationäre Fälle.

Eine dedizierte Hospital@home-Pauschale für die spitalsubstituierenden Versorgungsformen im Rahmen der ambulanten Gesamttarifsystematik könnte eine mögliche Basis für innovative Versorgungsmodelle darstellen. Sie sollte die komplexe Leistung ganzheitlich abgelden, inklusive der Pflegeleistungen, deren ambulante Erbringung aktuell an den befragten Standorten nicht mit den Versicherungen abgerechnet wird. Eventuell sind Zusatzentgelte zu berücksichtigen. Als Voraussetzung müssten Diagnostikpfade und Indikationskriterien standardisiert und die Entscheidung für oder gegen Diagnostik nachvollziehbar dokumentiert werden. Auch in der Übergangsphase der Jahre 2028 bis 2031, in der die heutige Restfinanzierung der Pflegeleistungen weiterbesteht, müsste eine solche Lösung rechtssicher und stabil funktionieren.

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass aktuell der grösste Bedarf für neue Vergütungsmodelle in der Schweiz im Bereich der akutsomatischen, spitalsubstituierenden Hospital@home-Modellen vorzuliegen scheint. Bisher konzentrieren sich diese Piloten auf Admission Avoidance, das Modell Early Supported Discharge/Transfer ist kaum vertreten. Andere Care@home-Formen bleiben für die Gesamtentwicklung wichtig, erfordern jedoch aufgrund ihrer abweichenden Zielsetzungen und Finanzierungslogiken eine gesonderte Bewertung.

9 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung

AA

BFH

C@h

ESD

H@h

Erläuterung

Admission Avoidance

Berner Fachhochschule

Siehe Definition unter 1 und Abbildung 1. Insgesamt breiter als Hospital@home

Early Supported Discharge / Transfer, in neuerer Diktion auch early supported transfer: frühzeitige Verlegung in Care@home Behandlung

Spitalsubstituierende/spitalersetzende akutsomatische Versorgung von Patient:innen zu Hause

10 Glossar

Onboarding

In diesem Falle Aufnahme von Patient:innen in Care@home

Spitalsubstituierend

Episoden der akutmedizinischen Versorgung in der häuslichen Umgebung des Patienten, bei denen eine stationäre Aufnahme indiziert wäre, im Bericht bevorzugter Begriff gegenüber «spitaläquivalent».

11 Literaturverzeichnis (nur die direkt zitierten Quellen)

1. Ivets M, Bilger J, Blankart K. Finanzierung und Vergütung spitaler- setzender akutsomatischer Versorgung im häuslichen Umfeld.
2. Hilfe und Pflege zu Hause | Bundesamt für Statistik - BFS [Internet]. [zitiert 15. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html>
3. Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. Januar 2021;11(1):e043285. doi:10.1136/bmjopen-2020-043285
4. NUHS [Internet]. [zitiert 27. Februar 2026]. NUHS@Home Hospital at Home Programme in Singapore. Verfügbar unter: <https://www.nuhs.edu.sg/patient-care/nuhs-at-home>
5. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, u. a. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, Herausgeber. *Cochrane Database Syst Rev*. 5. März 2024;2024(3). doi:10.1002/14651858.cd007491.pub3
6. Ricauda NA, Bo M, Molaschi M, Massaia M, Salerno D, Amati D, u. a. Home Hospitalization Service for Acute Uncomplicated First Ischemic Stroke in Elderly Patients: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. Februar 2004;52(2):278–83. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52069.x
7. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafiotti C, Marinello R, Zanicchi M, u. a. Substitutive “Hospital at Home” Versus Inpatient Care for Elderly Patients with Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. März 2008;56(3):493–500. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01562.x
8. Board N, Brennan N, Caplan GA. A randomised controlled trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients. *Aust N Z J Public Health*. Juni 2000;24(3):305–11. doi:10.1111/j.1467-842x.2000.tb01573.x
9. Nicholson C, Bowler S, Jackson C, Schollay D, Tweeddale M, Peter O’Rourke A. Cost comparison of hospital- and home-based treatment models for acute chronic obstructive pulmonary disease. *Aust Health Rev*. 2001;24(4):181. doi:10.1071/ah010181
10. Mendoza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado De Los Cobos J, u. a. ‘Hospital at home’ care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. Dezember 2009;11(12):1208–13. doi:10.1093/eurjhf/hfp143
11. Richards DA, Toop LJ, Epton MJ, Town GI, Dawson RD, Hlavac MC, u. a. Home management of mild to moderately severe community-acquired pneumonia: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. September 2005;183(5):235–8. doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb07026.x
12. Echevarria C, Gray J, Hartley T, Steer J, Miller J, Simpson AJ, u. a. Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation. *Thorax*. August 2018;73(8):713–22. doi:10.1136/thoraxjnl-2017-211197
13. Singh S, Gray A, Shepperd S, Stott DJ, Ellis G, Hemsley A, u. a. Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? *Age Ageing*. 6. Januar 2022;51(1). doi:10.1093/ageing/afab220
14. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, u. a. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*. 11. Dezember 1999;319(7224):1547–50. doi:10.1136/bmj.319.7224.1547
15. Schneider C, Pöchtrager S, Lammers T, Bürkle T, Eberhardt C, Busche P, u. a. Das Behandlungsmodell Hospital at Home in der Schweiz – Ergebnisse einer Pionierklinik. 10. März 2025. doi:10.23785/PRAXIS.2025.06.002

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Finanzierungsanteile im Überblick – heutige Finanzierungslogiken und EFAS-Reformperspektive, eigene Darstellung.....	7
Abbildung 2 Finanzierung der ambulanten Langzeitpflege nach Kostenträger, alle Leistungserbringer, 2023. Quelle: Spitex Schweiz, Vorlesungsunterlagen vom 21.11.2025, Folie 15; Datenquelle: BFS.....	9
Abbildung 3 Erbringung von Care at home durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam in der Wohnumgebung der Patient:innen.....	10
Abbildung 4 Karte Care@home-Initiativen in der Schweiz, eigene Darstellung	12
Abbildung 5 Verwendete Symbole in der Wertschöpfungskette.....	14
Abbildung 6 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Zuweisung im Care@home Prozess	15
Abbildung 7 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Onboarding im Care@home Prozess	15
Abbildung 8 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Behandlung im Care@home Prozess	16
Abbildung 9 Wertschöpfungskette der Level 2 Aktivität Offboarding im Care@home Prozess	17
Abbildung 10 Kostenvergleiche über mehrere Studien (Caplan 1999 (6), Nicholson 2001 (7), Mendoza 2009 (8), Ricauda 2004 (4), Ricauda 2008 (5), Richards 2005 (9), Echevarria 2018 (10), Shepperd 2021 (11), Wilson 1999 (12)), eigene Darstellung.....	22
Abbildung 11 Langzeitbetrachtung der Kosten: Shepperd 2021 (UK) – 6 Monate Follow-up (11), eigene Darstellung	23
Abbildung 13 Kosten-Vergleichs-Tool stationär vs. care@home Behandlung	37

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, somatische Programme	11
Tabelle 2 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, psychiatrische Programme	11
Tabelle 3 Care@Home-Initiativen in der Schweiz, Netzwerke.....	11
Tabelle 4 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 1.....	30
Tabelle 5 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 2.....	31
Tabelle 6 Umsetzungstabelle Fokus Outcomes 3.....	32

14 Anhang

14.1 Das Arbeitspaket Finanzierung

AP2 Finanzierung ist neben den Arbeitspaketen Professionsentwicklung, Digitalisierung und An- und Zugehörige eines der vier initialen Arbeitspakete die im Rahmen des SCC übergreifend definiert wurden um die Verbreitung von Care@home Versorgung im Kanton Bern voran zu bringen. Die in 2025 modifizierten und in der Arbeitsgruppe bestätigten Ziele des Arbeitspaketes sind

Z1 aktuelle Tarifmodelle für Care@home in der Schweiz und im internationalen Kontext zu identifizieren und zu beschreiben unter:

- Einbezug der Versorgungsmodelle wie Care@home erbracht wird
- Abläufe innerhalb der Modelle / pro Modell definieren / analysieren
- Modellbezogene Differenzierung der Finanzierungserfordernisse
- Welche Tarifmodelle funktionieren für welche Versorgungsmodelle?

Z2 ihre Stärken und Schwächen und Kostendeckungsgrad heute und in Zukunft aus verschiedenen Sichten **zu bewerten**

- Sicht Patient:innen, Leistungserbringer:innen, Kostenträger:innen

Z3 den Bedarf für spezielle Care@home Tarifmodelle oder Tarifpositionen in der Schweiz zu identifizieren

Z4 Eine Roadmap für die Umsetzung zu erstellen: Was braucht es damit ein Tarifmodell eingeführt werden kann? (politische Legitimation, Akteurseinbindung, Pilotierungen etc.)

Z5 Die regulatorischen Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Tarife/Tarifpositionen zu identifizieren

14.2 Arbeitsgruppe des AP 2

Die Arbeit in AP2 basiert bisher auf zwei Säulen. Einerseits Initiativaktivitäten von Leitung und Mitarbeiter:innen in der Arbeitsgruppe (u.a. S. Karadeniz, G. Hess, S. Lögler) zur Analyse vorhandener Care@home-Modelle und deren Finanzierungsgrundlagen, andererseits auf der Bildung einer Arbeitsgruppe interessierter Personen aus dem Kreis der Leadpartner:innen des SCC, die sich in Teamsitzungen treffen.

AP 2 **hatte im bisherigen Verlauf Workshops** mit den interessierten Personen aus dem Kreis der Leadpartner:innen organisiert.

- 12.09.2024 mit 9 Teilnehmer:innen
 - Kick-off: Vorstellungsrunde
 - Grundidee und Ziele des AP 2
 - Diskussion über Care@home Finanzierung
- 03.12.2024 mit 14 Teilnehmer:innen
 - Aufarbeitung der Literatur: Status
 - Beauftragung Institut Gesundheitsökonomie: Interviews
 - Living Case Kostensimulator – erste Erkenntnisse
- 08.07.2025 mit 11 Teilnehmer:innen
 - Recap – was ist bisher geschehen – wo stehen wir
 - Externe Vorträge: Finanzierung und Vergütung Care@home
 - Externer Vortrag: Vergütungsmodelle der medizinischen Leistungen 2026+
 - Externer Vortrag: Vorstellung und Freigabe Care@home Kostensimulator
- 08.09.2025 mit 11 Teilnehmer:innen
 - Sichtung der internationalen Literatur und Ergebnisse
 - Ziele des Arbeitspaketes 2 – Diskussion und Festlegung
 - Externer Vortrag: Von TARMED zu TARDOC – Chancen für die ambulante Abrechnung von Care@home Leistungen
- 24.11.2025 mit 7 Teilnehmer:innen
 - Status der Interviews zu C@h-Workflows
 - Vorstellung geplanter Jahresbericht
 - Das SCC Event Arbeitspakete am 4.11.2025
 - Workshop – derzeit nicht finanzierte Leistungen – wie könnte wir sie abbilden?

Zusätzlich gab es am 4.11.2025 ein dediziertes SCC-Event für alle Leadpartner:innen mit Fokus speziell auf die Arbeitsgruppen, bei dem in Workshops auch spezifische Fragen zu AP2 beantwortet wurden.

14.3 00_MatrixLiteratur2.0

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Achanta et al.	Hospital at home: paying for what it's worth	The American Journal of Managed Care	2021	USA	Policy Commentary / Conceptual Framework Article	AA	Ja
Achelrod et al.	Health-economic evaluation of home telemonitoring for COPD in Germany: evidence from a large population-based cohort	Eur J Health Econ	2016	Germany			
Aimonino Ricauda et al.	Substitutive "Hospital at Home" Versus Inpatient Care for Elderly Patients with Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective Randomized, Controlled Trial	J American Geriatrics Society	2008	Italy	RCT	2024 Edgar	AA Ja
Arsenault-Lapierre et al.	Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis	JAMA Network Open	2021	Canada (systematische Review; eingeschlossene)	Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs)	AA	Ja
Badlani	Ambulatory surgery center ownership models	Journal of Spine Surgery	2019	USA	Narrative review and expert analysis on healthcare business models in ambulatory surgery	/	/
Banerjee et al.	Virtual Home care for patients with acute illness	JAMA Network Open	2024	USA			
Baxter et al.	Economic Study in Surgical Patients of a New Model of Nutrition Therapy Integrating Hospital and Home vs the Conventional Hospital Model	Journal of Parental and Enteral Nutrition	2004	Brasil	review	ED	Nein
Beck et al.	Improving risk-equalization in Switzerland: Effects of alternative reform proposals on reallocating public subsidies for hospitals	Health Policy	2020	Switzerland	Simulation-based modelling study using administrative claims data	/	/
Berchtold & Peytremann-Bridevaux	Integrated care organizations in Switzerland	International Journal of Integrated Care	2011	Switzerland	Descriptive cross-sectional survey of integrated care organizations (physician networks and HMOs) in Switzerland.	TA	teilweise
Bessard	Challenges of mixed-economy solutions in healthcare: The examples of Switzerland and Singapore	economics affairs	2008	Switzerland	opinionated essay	/	/
Board et al.	A randomised controlled trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients	Australian and New Zealand Journal of Public Health	2000	Australia	Randomised controlled trial (RCT) with economic evaluation (cost-effectiveness analysis)	2016 Shepperd 2024 Edgar	AA (do not believe that esd should be considered hospital at home!) Ja
Brody et al.	Starting Up a Hospital at Home Program Facilitators and Barriers to Implementation	J American Geriatrics Society	2019	USA	Qualitative Implementierungs-studie (Fokusgruppen + Interviews)	/	/
Bund	Pflegefinanzierung Inegration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung		2020	Switzerland	Government policy report / descriptive policy analysis		
Candio et al.	Cost-effectiveness of home-based stroke rehabilitation across Europe: A modelling study	Health Policy	2022	32 european Countr	cost-utility analysis using a state-transition cohort model	/	/

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Caplan et al.	A meta-analysis of "hospital in the home"	Medical Journal of Australia	2012	Australia UK Italy Newseeland	Meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) on hospital-in-the-home programs.	AA, ED	Ja
Casteli et al.	Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of reviews	Health Services Management Research	2020	Global comparison	Systematic review of reviews (umbrella review)	AA, ED	teilweise
Chai-Coetzer et al.	Ambulatory models of care for obstructive sleep apnoea: Diagnosis and management	Respirology	2013	Australia	Narrative review on ambulatory models of care for obstructive sleep apnoea.	ED	Ja
Charney et al.	HaH-Plus Provider Focused Payment Model	Icahn School of Medicine at Mount Sinai	2017	USA	narrative review		
Chevreur	the development of hospital care at home: an investigation of Australia, British and Canadian experiences	Issues in Health Economics	2004	Australia Canada UK	narrative review	AA, ED	teilweise
Chua et al.	Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis	Journal of General Internal Medicine	2021	Singapur(meta-Synthese internationaler Studien: UK France Spain Ntherlands Finnland USA Australia	Qualitative systematic review with meta-synthesis	AA, ED	teilweise
Chua et al.	Perceptions of Stakeholders Toward "Hospital at Home" Program in Singapore: A Descriptive Qualitative Study	Journal of Patient Safety	2022	Singapur	Descriptive qualitative study using semi-structured interviews		
Closa et al.	Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative to Usual Hospital-Based Care	Journal of the American Medical Directors Association	2017	Spain	Quasi-experimental longitudinal study	ED	teilweise
Colombier Carsten & Braendle Thomas	Healthcare expenditure and fiscal sustainability: evidence from Switzerland	Public Sector Economics, Institute of Public Finance	2018	Switzerland	Descriptive economic policy analysis	/	/
Crivelli & Salari	The Impact of Federalism on the Healthcare System in Terms of Efficiency, Equity, and Cost Containment: The Case of Switzerland	Developments in Health Economics and Public Policy	2014	Switzerland	Theoretical policy analysis / conceptual discussion	/	/
Cryer et al.	Costs for "Hospital at Home" Patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients	Health Affairs	2012	USA		AA, ED	teilweise
Dagron	La couverture sanitaire universelle : un rôle très ambitieux, des défis nombreux	Revue Medicale Suisse	2023	Switzerland			
de Pietro	Switzerland Health System review	Health Systems in Transition-Reihe, European Observatory on Health Systems & Policies / WHO	2015	Switzerland	descriptive paper		
Echevarria et al.	Early Supported Discharge/Hospital At Home For Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review and Meta-Analysis	International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease	2015	UK	Systematic review and meta-analysis	ED	teilweise
Echevarria et al.	Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation	BMJ Open Respiratory Research (sekundärliteratur cochrane)	2018	UK	Non-inferiority randomized controlled trial (RCT) with economic evaluation	2024 Edgar	ED teilweise

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Edgar et al.	Admission avoidance hospital at home	Cochrane Database of Systematic Reviews	2024	Australien 2 Italien 5 Neuseeland 3 Rumänien 1 Spanien 1 UK 5 USA 3	Systematic review	AA	JA
Eling	Financing Long-term Care: Some Ideas From Switzerland	International Journal of Health Policy and Management	2019	Switzerland	commentary, policy opinion		
Federmann et al.	Association of a Bundled Hospital-At-Home and 30 Day postacute Transitional care program with clinical outcomes and patient experiences	Jama Internal Medicine	2018	US			
Fischer et al.	Sparpotenzial einheitliche Finanzierung	Bundesamt für Gesundheit – Polynomics Schlussbericht	2022	Switzerland	Scenario-based modelling study and impact analysis (estimates cost-saving potential of EFAS with or without long-term care inclusion, based on effect chains and assumptions)		
Gibson et al.	A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing	BMC Health Services Research	2013	Australia UK Italy Canada Saudi Arabia Taiwan	systematic review	AA	Ja
Goncalves-Bradley et al.	Early discharge hospital at home	Cochrane Database of Systematic Reviews	2021	Australia, Canada, Norway, Sweden, Thailand, UK, Chile, Italy, New Zealand, Spain, The Netherlands,	Systematic review	ED	teilweise
Gonzalez-Colom et al.	Five years of Hospital at Home adoption in Catalonia: impact, challenges, and proposals for quality assurance	BMC Health Services Research	2024	Spain	mixed methods: retrospective, qualitative	AA	Ja
Goossens et al.	The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review	International Journal of Nursing Studies	2020	Netherlands	Critical narrative review evaluating methodological limitations in cost analyses of Hospital-at-Home schemes	AA,ED	Ja
Gupta	Strategists Overig Studie No-place-like-home	Herausgeber: The Strategists (kanadisches Beratungsunternehmen)	2016	Canada	Strategic policy report with scenario modeling and stakeholder impact analysis	AA, ED	Ja
Hammik & Mohammadi	Uncovering Homecare needs and challenges across Europe	ACE-Projektbericht, HAN University of Applied Sciences (kein Peer-Review-Journal)	2024	Belgium Denmark France Netherlands Sweden	Descriptive multi-stakeholder workshop report		

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Hernandez et al.	Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment	International Journal of Integrated Care	2018	Spain	Prospective, pragmatic cohort study using a mixed-methods implementation research approach	AA, ED	Ja
Hernandez et al.	The Value of Admission Avoidance: Cost-Consequence Analysis of One-Year Activity in a Consolidated Service	medRxiv-Preprint	2023	Spain	Retrospective cost-consequence analysis with matched controls		
Jones et al. Wilson et al.	Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial	BMJ (sekundärliteratur cochrane)	1999	UK	Randomised controlled trial (RCT) with embedded cost-minimisation analysis	2024 Edgar AA	Ja
Keel et al.	Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature	Health Policy	2017	Sweden review global	Systematische Review zu TDABC-Kalkulations-methodik (time-driven activity-based costing)	/	/
Keizer et al	Impact of alternative healthcare plans on out-of-hours help-seeking intentions in Switzerland	Swiss Medical Weekly	2018	Switzerland	Secondary analysis of a vignette-based cross-sectional survey using multivariable regression modeling	TA	Nein
Kheiry et al.	Stakeholders' perspectives on the necessary requirements of implementing the Hospital-at-Home program: a qualitative study	BMC Health Services Research	2025	Iran	Qualitative Studie mit semi-strukturierten Einzelinterviews und einer Fokusgruppendifkussion; Datenerhebung von Dezember 2023 bis Juni 2024		
Klein	hospital at home programs improve outcomes lower costs but face resistance from providers and payers	The Commonwealth Fund – Newsletter-Artikel	2024	USA UK Canada Israel Australia	Newsletter-/Policy-Report (narrative Übersicht über Praxis- und Zahlungsfragen)		
Kutzin	Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage	World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy	2016	Global comparison Ghana Mexico Thailand Japan	Narrative, conceptual review with policy analysis	/	/
Langhorne et al.	Early supported discharge services for people with acute stroke	Cochrane Database of Systematic Reviews	2017	Australia, Canada, Denmark, India, Norway, Portugal, Sweden, Thailand,	Systematic review		
Leff	Home Hospital Programm a pilot study	JAGS Journal American Geriatrics Society	1999	USA	pilot study	AA	Ja
Leff et al.	Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients	American College of Physicians	2005	USA	prospective quasi-experiment	AA	Ja
Leff et al.	Challenges of Economic Evaluations of Unreimbursed care models	JAMA Network Open	2025	USA	Invited commentary Health Policy	AA	Ja
Leong et al.	Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews	BMJ Open	2021	Singapore	Systematic review of reviews (umbrella review)	AA, ED	teilweise
Levine et al.	Acute Hospital Care at Home in the United States The early National Experience (kurzversion)	Annals of Internal Medicine	2024	USA			

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Levine et al.	Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial	Journal of General Internal Medicine (cochrane)	2018	USA	Pilot randomized controlled trial (RCT)	2024 Edgar	AA Ja
Levine et al.	Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial	Annals of Internal Medicine	2020	USA	RCT		AA Ja
Levine et al.	Acute Hospital Care at Home in the United States The early National Experience (vollständig)	Annals of Internal Medicine	2024	USA			
Lim	Sustainable Health Care Financing: The Singapore Experience	Global Policy	2017	Singapore	Descriptive policy analysis / expert commentary		
Mäder et al.	Inegration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung	Bundesamt für Gesundheit – Polynomics Schlussbericht	2020	Switzerland	Policy analysis report with scenario-based modelling (commissioned by the Swiss Federal Council; simulation of financial effects of unified care financing)		
Megido et al.	Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis	Cost Effectiveness and Resource Allocation	2023	Israel	retrospective analysis		
Mendoza et al.	Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure	European J of Heart Fail	2009	Spain	Prospektive, randomisierte Parallelgruppen-Studie (HaH vs. Kardio-Station)	2016 Shepperd 2024 Edgar	
Misplon et al.	Onco@home: comparing the costs and reimbursement of cancer treatment at home with the standard of care	Archives of Public Health	2024	Belgium	Bottom-up micro-costing study (economic evaluation)		
Nicholson et al.	Cost comparison of hospital- and home-based treatment models for acute chronic obstructive pulmonary disease	Australian Health Review (cochrane)	2001	Australia	Randomised controlled trial (RCT) with economic evaluation (cost comparison)	2024 Edgar	AA Ja
Nikmanesh et al.	Dimensions and components of hospital-at-home care: a systematic review	BMC Health Services Research	2024	International (179 studies worldwide)	systematic review		
Norman et al.	Virtual wards: a rapid evidence synthesis and implications for the care of older people	Age and Ageing	2023	UK			
Okma et al.	six countries, six health reform models? health care reform in chile, israel, singapore, Switzerland, Taiwan and the Netherlands	Journal of Comparative Policy Analysis	2010	Chile, Israel, Singapore, Switzerland,	Narrative, comparative policy analysis based on country case studies	/	/
Ouchi et al.	Home hospital as a disposition for older adults from the emergency department: Benefits and opportunities	Journal of the American College of Emergency Physicians Open	2021	USA	Concept article / expert opinion (synthesizes literature and expert insights; no empirical or systematic methodology)		
Patel et al.	Home care as an option in worsening chronic heart failure— A pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness	European J of Heart Fail	2014	Sweden	Offene, randomisierte Pilot-RCT mit Kosten-Nutzen-Analyse (QALY-basiert)		
Pelizzari	Hospital at Home: Should Payment Models Focus on the Hospital or the Home?	Milliman Report (White-Paper, nicht peer-reviewtes Fachjournal)	2022	USA	Economic modelling study (payer-perspective financial modeling comparing two payment models)		
Pine	Kaiser Permanente California a Model for integrated care for the ill and injured	Center for Health Policy at Brookings	2015	USA	descriptive paper		
Qaddoura et al.	Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis	PLoS ONE	2015	USA UK Spain Canada	Systematic review and meta-analysis	AA	Ja

Author	Title	Journal	Year	Country	Studiendesign	Cochrane Stu Art	Spital- ersetzend?
Rasoul et al.	Economic evaluation of the Liverpool heart failure virtual ward model	European Society of Cardiology	2024	UK			
Ricauda et al.	Home Hospitalization Service for acute Uncomplicated First Ischemic Stroke	Journal of the American Geriatrics Society	2004	Italy	RCT	2024 Edgar	AA Ja
Richards et al.	Home management of mild to moderately severe community-acquired pneumonia: a randomised controlled trial	The Medical Journal of Australia	2005	New Zealand	RCT	2024 Edgar	AA Ja
Roberts et al.	Consumer and Provider Perspectives on Hospital in the Home: A Qualitative Study	Health & Social Care in the Community	2023	Australia	qualitative study (Focusgroups and Interviews)		
Saenger et al.	Cost of Home Hospitalization vs. Inpatient Hospitalization Inclusive of a 30-Day Post-Acute Period	HHS J Am Geriatr Soc.	2022	USA	single center retrospective observational cohort		
Shepperd et al.	Admission avoidance hospital at home	Cochrane Database of Systematic Reviews	2016	UK RCT from: Australia, Spain, UK, USA, Italy, New	Systematische Review & Metaanalyse von RCTs		AA Ja
Siddique & Mehta	Market Evaluation: Finances bundled payments and accountable care organizations	Anesthesiology Clinics	2017	USA	Narrative review with a health policy and financing focus	/	/
Simonet	Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: The cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France	International Journal of Health Care Quality Assurance	2010	Germany UK Switzerland France Italy	Narrative, non-systematic review using a comparative policy analysis approach	/	Nein
Singh et al. / Shepperd 2021	Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people?	British Geriatrics Society, Age and Ageing (cochrane)	2022	UK	Cost-effectiveness analysis based on randomized controlled trial (RCT)	2024 Edgar	
Spellberg et al.	Health Economic Analysis of an All-Virtual, At-Home Acute care Model	Health Policy	2025	USA	retrospective, economic evaluation		AA Ja
Tan & Earn	Integration of Primary Care with Hospital Services for Sustainable Universal Health Coverage in Singapore	Health Systems & Reform	2019	Singapore	Descriptive health policy report based on national experience and program analysis		TA Nein
Thornicroft & Tansella	The balanced care model for global mental health	Psychological Medicine	2012	Global comparison Fokus: UK Europe South Africa India South America	Conceptual framework / policy paper (no empirical study; theoretical development of the Balanced Care Model).		TA Nein
Trageser & Fries	Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung . Grundlagen zur Einschätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG	Bundesamt für Gesundheit – INFRAS Studie	2021	Switzerland	Descriptive policy and financing analysis (focus on financing shares under EFAS; based on administrative data and modelling)		
Truong & Siu	Scaling Hospital at Home Beyond the Original Studies	JAMA Network Open	2025	USA	Policy commentary / Implementation reflection		
Wallis et al.	Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis	Cochrane Database of Systematic Reviews	2024	13 countries with high income (Australia, UK, USA)	qualitative evidence synthesis		
Walsh et al.	Safety and Cost-Effectiveness of Hospital at Home in Patients with COVID-19	Southern Medical Journal	2025	USA	Retrospective matched case-control study		ED teilweise
Watts & Le	Use of Checklists in Reviews of Health economic evaluations, 2010 to 2028	Elserviv Inc	2019	Australia			
Wong et al.	Supporting older people through Hospital at Home care: a systematic review of patient, carer and healthcare professionals' perspectives	Age and Ageing	2025	UK	systematic review		AA, ED

14.4 01_Finanzierung-MatrixLiteratur

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Ergebnisse stichwortartig
Beck Constantin et al.	Improving risk-equalization in Switzerland: Effects of alternative reform proposals on reallocating public subsidies for hospitals	2020			
Bessard	Challenges of mixed-economy solutions in healthcare: The examples of Switzerland and Singapore	2008	<p>Singapore Medisave: personal health account, paid by monthly portions of income</p> <p>Singapore Medishield: supplementary voluntary health insurance with age-dependent premium, 200k\$ lifetime claim limit</p> <p>Singapore Medifund: tax-funded safety-net for people not able to pay for medical expenses</p> <p>Moral hazard: wrong individual behaviour leading to a negative impact for the collective</p>	<p>Compares health systems of Singapore and Switzerland, but only with focus on payment (e.g. ignoring completely different age structure of the population). Argues that the strongly state-regulated and socialized swiss system leads to no incentive for saving cost</p> <p>No direct relation to C@H, focus on financing of health system in general</p>	<p>swiss healthcare system suffers of socialized health insurance leading to higher costs, while in singapore free choice and market mechanisms lead to competition and thus a more cost efficient system</p> <p>Fokussiert auf Finanzierung, nicht Tarif</p>
Colombier & Braendle	Healthcare expenditure and fiscal sustainability: evidence from Switzerland	2018	- Baumol's cost disease: Healthcare relies strongly on manual labor that is difficult to automatize, so with rising wages, costs increase more than in other sectors (thus: more than average)		
Crivelli Luca & Salari Paola	The Impact of Federalism on the Healthcare System in Terms of Efficiency, Equity, and Cost Containment: The Case of Switzerland	2014	<ul style="list-style-type: none"> - federalism increases economic welfare if - heterogenous preferences and production costs in the subregions - local governments are better informed since closer to citizen - competition between local governments - Risks are - higher opportunity costs - spillover effects between jurisdiction - cost-shifting between government layers 		
Dagron	La couverture sanitaire universelle : un rôle très ambitieux, des défis nombreux	2023			
Eling	Financing Long-term Care: Some Ideas From Switzerland	2020		Suggesting a similar model for financing long-term care as it exists for retirement payments (3 pillars, some of them capital based instead of pay-as-you-go)	
Kutzin Joseph et al.	Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage	2016			
Leff et al.	Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients	2005	<ul style="list-style-type: none"> - 455 patients: pneumonia, exacerbation of chronic heart failure, exacerbation COPD, cellulitis - prospective quasi-experiment conducted in 2 consecutive 11-month phases 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Medicare-managed care (Medicare Choice) health systems at 2 sites and a Veterans Administration medical center - after consent patient was transported home by ambulance 	<ul style="list-style-type: none"> - mean cost HH (\$5081 vs \$7480, p<0.001) - mean saving per episode was \$2 398 (95 % CI \$1 376-\$3 631) - cost of staff included - Medicare Choice: data from managed care organisations on total amount paid by plan and patient - veterans administration medical center: a step-down cost model that first assigns direct ward-level costs, then allocates hospital overhead (lab, imaging, admin, utilities, etc.) down to each patient - Staff and virtual-ward infrastructure costs were added so that the H@H figure was fully loaded and comparable with the ward figure <p>This methodology let them say with confidence that substituting ward care with a tightly run hospital-at-home service cut payer costs by roughly one-third without shifting expense downstream, since 8-week post-discharge utilisation was the same in both groups</p>

Lim	Sustainable Health Care Financing: The Singapore Experience	2017	<ul style="list-style-type: none"> - Reaction of Singapore on demographic change - Pioneer Generation Package: only for one generation of elderly - MediShield Life: insurance covering everyone (also poor / preexisting conditions, unlike Medishield) - Community Health Assistance Scheme (CHAS): subsidies for primary care 		
Okma et al.	Six Countries, Six Health Reform Models? Health Care Reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and The Netherlands	2010	<ul style="list-style-type: none"> - comparison of health reform in 6 countries in 1980s/90s - Chile, Switzerland, Singapore, Taiwan, Netherlands, Israel (small to mid-size industrialized democracies with open economies) - "health reform" defined as "major shifts in both decision-making power over the allocation of resources as well as financial risks in health care funding, contracting and ownership." - 1996 CH shift decision-making power from cantons to federal level 	<ul style="list-style-type: none"> - health politics of the six countries have not converged into one common direction - categorizing health care systems: five main sources of funding (taxes, public / private insurance, direct payment, voluntary contributions) and three dominant contracting models (integrated m.: funding and ownership of services under the same responsibility, e.g. NHS; contracting m.: 3rd payer negotiate long term contracts with providers; reimbursement m.: patient pays first and gets reimbursement from insurance), models for ownership can be public, private or mixed. 	<ul style="list-style-type: none"> "major change is rare" "values matter" "institutions matter" "reforming health care systems is not a one-shot effort"
Simonet	Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe. The cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France	2010			
Levine et al.	Acute Hospital Care at Home in the United States The early National Experience	2024			

14.5 02_Umsetzung-MatrixLiteratur

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications
Achanta et al.	Hospital at home: paying for what it's worth	2021		- Validated disease-specific tools should be consistently used to measure process metrics, outcome metrics, quality-of-life measures, and caregiver satisfaction measures - Equity-focused process metrics, care utilization measures, and risk-adjusted outcome metrics should be reported. - Total costs of care for hospital-at-home programs should be consistently measured through a time-driven activity-based costing method.	AA	lower costs, these cost reductions are mostly due to reduced length of hospitalization, number of consultations, and clinical testing - Of 34 studies included in a meta-analysis comparing the costs of hospital at home with those of hospitalizations, 32 studies found hospital at home to cost less. (Caplan et al. 2012) - To fill this gap, these programs should report and analyze the total costs of care—including costs incurred by patients and their caregivers—rather than simply the reimbursement rates for care. This would require a time-driven activity-based costing (TDABC) approach that would comprehensively track costs by analyzing the time spent on each unit of activity and include the cost of referral, labor, equipment, resources required for program set-up, transport, and caregiver opportunity cost. TDABC has not been used for home-based care, but it has addressed the challenge of costing health care services in other areas of health care. (Keel et al. 2017)	lower costs, these cost reductions are mostly due to reduced length of hospitalization, number of consultations, and clinical testing - Of 34 studies included in a meta-analysis comparing the costs of hospital at home with those of hospitalizations, 32 studies found hospital at home to cost less. (Caplan et al. 2012) To fill this gap, these programs should report and analyze the total costs of care—including costs incurred by patients and their caregivers—rather than simply the reimbursement rates for care. This would require a time-driven activity-based costing (TDABC) approach that would comprehensively track costs by analyzing the time spent on each unit of activity and include the cost of referral, labor, equipment, resources required for program set-up, transport, and caregiver opportunity cost. TDABC has not been used for home-based care, but it has addressed the challenge of costing health care services in other areas of health care. (Keel et al. 2017, um Teil 3 bearbeitet)				
Aimonino et al.	Substitutive "Hospital at Home" Versus Inpatient Care for Elderly Patients with Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective Randomized, Controlled Trial	2008	- je 52 Patienten pro Gruppe - geriatric home hospitalization service (GHHS); referat from ED (60%, hospital ward (25%), 15% specialists/GP - general medical ward (GMW)	- nur direkte Kosten wurde beachtet (no indirect costs examined) - COPD patients - Physician-led substitutive hospital-at-home care as an alternative to inpatient care for elderly patients with acute exacerbations of COPD	AA, ED	- Tageskostenvergleich: GHHS 101.4 +/- 61.3 pro Tag GMW 151.7 +/- 96.4 pro Tag (sig. Unterschied p = 0.002) - Gesamtkosten pro Patient nicht sig. Unterschied: längere Behandlungsdauer, hohe Variabilität der Standardabweichung - reduziert stat. Aussagekraft, kleine Stichprobe - Only GHHS patients experienced improvements in depression and quality-of-life scores.	- Tageskostenvergleich: GHHS 101.4 +/- 61.3 pro Tag GMW 151.7 +/- 96.4 pro Tag (sig. Unterschied p = 0.002) - The mean total cost was \$1,175.9 for each patient treated at home and \$1,390.9 for patients treated in the hospital (P 5.38). On a cost per patient per day basis, hospital-at-home costs were \$101.4 61.3, compared with \$151.7 96.4 for hospital patients (P 5.002).	lower incidence of hospital readmissions for GHHS patients than for GMW patients at 6month follow-up (42% vs 87%, P<.001)	Cumulative mortality at 6 months was 20.2% in the total sample, without significant differences between the two study groups.	Patients managed in the GHHS had a longer mean length of stay than those cared for in the GMW (15.5 9.5 vs 11.0 7.9 days, P 5.010).	The incidence of selected medical complications did not differ between the two settings of care, with the exception of urinary tract infections, which were observed in approximately 6% of GMW patients and only in 1% of GHHS patients (P =.049).
Badlani	Ambulatory surgery center ownership models	2019		Kostenvergleich zwischen ambulanten und stationären Eingriffen in der Wirbelsäulenchirurgie		not relevant for our paper					
Baxter et al.	Economic Study in Surgical Patients of a New Model of Nutrition Therapy Integrating Hospital and Home vs the Conventional Hospital Model	2004	- a control group receiving conventional inpatient care - an intervention group receiving an integrated model of care (hospital plus structured home-based nutrition therapy)	- interventionellen Gruppe (integriertes Hospital-Home-Modell) erhielten prä- und postoperative enterale oder parenterale Ernährung zu Hause - keine weiteren Interventionen: keine Arztvisiten etc.		probably not relevant for our paper "only" nutrition therapy - expenses 3 times lower (median Brazil Reals (R)\$3237.18 vs R\$8647.93; p < .05)					
Berchtold and Peytremann-Bridevaux	Integrated care organizations in Switzerland	2011	- online surveys with physician networks and HMOs			- is integrated care cost-saving? Results are ambiguous, but gatekeeping seems to save 15-19% of cost above risk selection					
Board et al.	A randomised controlled trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients	1999	- 1995-1997 - 100 patients, acute medical conditions, admitted through ED - retrospective, hospital-wide cost modelling for the financial year 1995-96 - Cost per day was identified for the control patients' ANDRGs - AN-DRG cost per day for the hospital group was multiplied by length of stay for the control patients to establish a base rate	The study employed a comprehensive costing approach that included all direct and indirect service expenditures. It focused on substituting entire inpatient episodes with home-based care rather than merely providing additional care post-hospitalization	AA	HITH group had significantly lower costs compared to the control group, no significant difference in clinical outcomes or patient satisfaction. Findings suggest that HITH can effectively reduce hospital bed usage while maintaining quality of care, offering potential savings and improved resource allocation within healthcare systems - Costs: sig. lower (H@H: 1,764AUD, 95%-CI 1,416-2,111; normal: 3,614AUD, 95%-CI 2,881-4,347)	- Costs: sig. lower (H@H: 1,764AUD, 95%-CI 1,416-2,111; normal: 3,614AUD, 95%-CI 2,881-4,347)				
Zahlen von Caplan		2000									
Candio et al.	Cost-effectiveness of home-based stroke rehabilitation across Europe: A modelling study	2022	- cost-utility analysis from a societal perspective over a 5-year time horizon for 32 European countries - 61 RCTs - reviewed independently by two assessors, and data were extracted using a collection template and checklist	- cost-effectiveness of home-based versus centre-based rehabilitation in stroke patients across Europe		not relevant for our paper talks only about rehabilitation not acute care					
Caplan et al.	A meta-analysis of "hospital in the home"	2012		- aim: effect of "hospital in the home": mortality, readmission rates and costs	AA	- cost (mean difference, -1567.11; 95% CI, -2069.53 to -1064.69; P < 0.001; 11 RCTs with 1215 patients) - 34 studies with cost data included, 32 concluded HITH was cheaper - concludes that cost savings might be even higher: HITH costings during introduction of the program, future -> full capacity & higher efficiency; savings associated with reduced readmission rates were not taken into account in this study.	- cost (mean difference, -1567.11; 95% CI, -2069.53 to -1064.69; P < 0.001; 11 RCTs with 1215 patients) - 34 studies with cost data included, 32 concluded HITH was cheaper - concludes that cost savings might be even higher: HITH costings during introduction of the program, future -> full capacity & higher efficiency;	The paper notes heterogeneity for readmission outcomes (overall I ² reported as 45%).			
Caplan et al. (Info aus Edgar et al 2024)		1999		- and that fewer people receiving hospital at home care experienced short-term confusion during an episode of care (MD -20.4%, 95% CI -32% to -9%) (Caplan 1999)							One trial measured clinical complications, with fewer participants allocated to hospital at home reporting bowel complications (difference -22.5%, 95% CI -34% to -10.8%) or urinary complications (difference -14.4%, 95% CI -25.4% to -3.3%). reported scores for instrumental activities of daily living between admission and discharge (MD -0.23; P = 0.04) and the Barthel Index (high score = greater independence) (hospital at home (T): 0.37 (0.27), hospital (C): -0.04 (0.27))

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications
Chai-Coetzer et al.	Ambulatory models of care for obstructive sleep apnoea: Diagnosis and management	2013	- Obstructive sleep apnoea (OSA) - ambulatory / portable methods for diagnostics and management of OSA vs. sleep laboratory		AA, TA	- ambulatory management strategies for OSA can produce similar patient outcomes to standard laboratory-based care - 3 of 6 studies showed lower costs for home interventions, from being 25% less to fractions of lab based - cost-effectiveness however remains uncertain					
Chevreul	the development of hospital care at home: an investigation of Australia, British and Canadian experiences	2003 2004	- based on literature available in 2003	- Australia: ongoing provision of HITH services in remote rural areas, even though the distances travelled and low recruiting levels make them more costly than traditional hospital care. They thus favour the patient's satisfaction and increased quality of life over cost control objectives. - The authors stress that "there is no ideal or 'optimal' model for all HITH services; the financing must fit each programme's organisation and goals - Address patient cost-shifting (equipment, drugs, home help) through insurance rule changes or bundled payments This political will is also displayed in the ongoing provision of HITH services in remote rural areas, even though the distances travelled and low recruiting levels make them more costly than traditional hospital care. They thus favour the							
Chua et al.	Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis	2021		Umsetzung, was zu beachten ist - Factors influencing patient selection - advantages of HaH - challenges of HaH enablers for HaH development	AA	Studien zeigen, dass eine finanzielle Schiefelage und fehlende Kostentransparenz zentrale Barrieren sind. Oft existieren keine standardisierten Abrechnungssysteme, insbesondere für Hausbesuche, Telemonitoring und Notfälle Studien berichten niedrigere Kosten gegenüber stationärer Versorgung, z.T. um 19-38% günstiger je nach Modell und Kontext (allerdings v.a. für bestimmte Diagnosen/Kohorten belastbar). For many healthcare professionals and administrators, HaH was operationally challenging. Firstly, since HaH function beyond the hospital's walls, it was difficult to capture activity within the current payment system, and there was no system in billing patient care as a bundle or single "acute episodes." Absence of a proper billing system created difficulty for organizations to assess cost and cost savings for each case, and deters insurer from covering such services					
Chua et al.	Perceptions of Stakeholders Toward "Hospital at Home" Program in Singapore: A Descriptive Qualitative Study	2022		Some HaH programs have been reported to cost up to 38% lower than those available in traditional inpatient setting.		not relevant for our paper					
Cryer et al.	Costs for "Hospital at Home" Patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients	2012	348 qualified patients who were offered Hospital at Home care. Of these patients, 323 (93 percent) opted for care at home rather than the acute care hospital. The inpatient hospital comparison group included 1,048 individuals.	- may live alone - must live 25 miles from designated ED	AA, ED	- average of 3.5 physician visits (standard deviation: 2.8) and 6.4 nursing visits (standard deviation: 3.2) per admission	- 19% lower due to lower average length of stay and lower use of clinical testing			Mean length of Hospital at Home stay was 3.3 days (standard deviation: 2.8), with a median of 3 days and a range of 1-31. The mean stay in the comparison group was 4.5 days (standard deviation: 3.2), with a median of 4 days and a range of 1-50.	
Echevarria et al.	Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation	2018	118 patients in non-inferiority rct, Primary outcome: health and social costs at 90days post discharge Exacerbation of COPD AND IF DECAF Score 0 1 AND I= discharged then HaH Candidate	nach aufnahme im Krankenhaus meist nach 24h nach hause geschickt,	ED	In an economic evaluation, HAH selected by DECAF was more cost-effective than UC, primarily driven by a fivefold reduction (keep in mind, decaf scores were low in both groups) in median hospital bed days over 90 days,					
Edgar et al.	Admission avoidance hospital at home (Review)	2024	20 RCT Inpatient vs. Hospital at home, numerous factors compared 4th update, excluded evaluations of obstetric, paediatric, and mental health RTC mit Pat > 18 Jahre, 20 RTC, 3100 Teilnehmer - studies published up to February 2022 - gleiche Studien wie Shepperd et al. (2016) plus update	rct's had differing main diagnoses, see review). Main focus was comparison of outcomes for ppl. Treated at home vs. In hospital.	AA	Admission avoidance hospital at home probably decreases healthcare costs though by a range of different amounts, and there is some evidence that it decreases overall societal costs to six months' follow-up Residential care transfer at 6 months: reduces likelihood (RR 0.53, 95% CI 0.41 to 0.69; P < 0.001; I2 = 67%; 4 trials, 1271 participants; moderate-certainty evidence) -> Ältere Menschen könnten somit länger im eigenen häuslichen Umfeld leben		follow-up 3-12 months: keinen sig. Unterschied. (RR 1.14; 95% CI 0.97-1.34; moderate Evidenz, 1757 participants)	wenig-kein Einfluss auf Mortalität innerhalb 6 month follow-up (RR 0.88; CI 0.68-1.13, moderate Evidenz, 1502 n of participants)	length of stay: he evidence suggests that it may increase patient satisfaction and reduce hospital length of stay; that total length of stay for hospital at home may be greater than for those allocated to hospital; --> vielleicht aufgrund Unsicherheit und zu wenig Wissen, könnte kürzer werden	

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications
Gibson et al.	A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing	2013	- Primary Health Care (PHC) - Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), also avoidable hospitalisations		AA, TA	- access to primary care is probably associated with a reduced rate of hospitalisation for diabetes-related ACSC - more PHC resourcing is associated with reduced hospitalisation for ACSC	Kosteneinsparungen unterschiedlich hoch je nach Design und Gesundheitssystem, meist günstiger certainty of evidence downgraded because only 3 trials did a full cost analysis - Durchschnitt pro Episode -215 USD (p=0.38) bis - 1.981GBP (95% CI: -2.551 bis -1.411) - Estimates for the difference in total health and social care costs for a variety of follow-up durations also varied, ranging from GBP -1015.7 (95% CI -2735.5 to 644.8) to GBP -2265 (95% CI -4279 to -252) - using average costs (Caplan 1999) reported reduced health service costs for the intervention group (T: AUD 1764 (SD AUD 1253), C: AUD 3775 (SD AUD 2496) for an episode of care, MD per episode AUD -2011) and cost per day (T: AUD 191 (SD AUD 58), C: AUD 484 (SD AUD 67.23); MD AUD 293). „The costs of the nurse co-ordinator and hospital doctor involved were excluded from this analysis.“ In 171 unpublizierte strokes: It is uncertain if early discharge hospital at home leads to a reduction in costs to the health service				
Goncalves-Bradley et al.	Early discharge hospital at home	2021	32 trials, N=4746, most studies low or unclear risk of bias - recovery of stroke - mixed medical conditions, COPD - elective surgery orthopedic studies published up to 9 January 2017.		ED	institutional care transfer at 6months: 0.63 [0.40, 0.98]		stroke: 3-6 months 1.09 [0.71, 1.66], kein sig. Unterschied, auch nicht nach 12 months mixed conditions: elective surgery:	stroke: 3-6 months 0.92 [0.57, 1.48], nicht sig. Unterschied, auch nicht nach 12 months mixed conditions: elective surgery:	stroke: mixed conditions: elective surgery:	
Gonzales-Colom et al.	Five years of Hospital at Home adoption in Catalonia: impact, challenges, and proposals for quality assurance	2024	during HaH: length of stay, episode complexity, mortality, readmissions, ED visits	- Ausgaben innerhalb 30 Tagen nach Entlassung, basierend auf den Erstattungsdaten des katalanischen Gesundheitssystems (nicht auf realen Betriebskosten - operative bzw. analytische Behandlungskosten während der eigentlichen Hospital-at-Home-Episode oder während des stationären Aufenthalts wurden nicht erhoben oder verglichen - the study still provided a rich picture of HaH adoption, casemix, safety, effectiveness, inter-hospital variation and governance needs	AA	not relevant for our paper					
Goossens et al.	The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review	2020	H@H-Studies 1996-2019: 48 studies systematical assessment wether cost savings was overestimated based in criteria inpatient costing (days) informal care cost and bias	Overall quality of studies was not good, with some exceptions. Many cost savings were probably overestimated Die Arbeit fokussiert explizit auf (spitalsubstituierende) Hospital@Home-Modelle und adressiert dabei Kosten, Finanzierung, Tarif- und Implementationsfragen Empfehlungen zu Finanzierungs-, Tarif- oder Steuerungsmodellen bleiben vage - Kosteneffekte: Die meisten Studien berichten Kosteneinsparungen durch H@H-Interventionen (zwischen Einsparungen von 8'773 € bis Mehrkosten von 2'316 € pro Patient). - Bias und Überschätzung: In fast allen Studien bestand aus Sicht der Autoren ein erhebliches Risiko, Einsparungen zu überschätzen, u.a. wegen: - Falscher Kalkulation (z.B. Durchschnittskosten pro Spitaltag statt tage- oder krankheitsspezifische Kostensätze). - Vernachlässigung der Kosten informeller Versorgung	AA, ED	Based on the criteria described above, 34 of the studies were suspected of having overestimated cost savings or underestimated cost increases for hospital-at-home compared to regular hospital care. Including sensitivity analyses, 71 comparisons of hospital-at-home to regular hospital treatment were made in the 48 studies. alternative or sensitivity analysis in the studies by Coast et al., Shepperd et al., and Goossens et al. showed that using different unit prices for inpatient hospital days can be the difference between estimated cost savings and estimated cost increases					
Hernandez et al.	The Value of Admission Avoidance: Cost-Consequence Analysis of One-Year Activity in a Consolidated Service	2023	Have both AA and ESD but focused here on AA, HaH has been implemented 10 years ago = mature HaH The comparator group (Controls) was built from non-surgical patients admitted for conventional	hospitalization from the emergency room within the same period, paired HaH patients with control patients 1:1 using a propensity score matching (PSM) and genetic-matching technique N= 441 HaH and 441= hospitalization = 441 pairs	AA	control-matched comparison of HaH and conventional hospitalization, HaH was associated with significantly lower mortality during hospitalization and lower visits to the emergency room within the 30 days following discharge, despite the similar characteristics of the two groups, including the overall cost per episode was nearly half in the HaH compared with conventional hospitalization. This cost reduction was primarily attributed to staff, catering, infrastructure, and testing. patients admitted for a HaH showed significantly lower healthcare expenditure within the 30 days following discharge					

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications
Hernandez et al.	Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment	2018	- only direct healthcare costs, expressed in constant euros of 2015, were included in the economic analysis.	- daily home visits (~40min) - Home Hospitalization/Early Discharge - Full hospital avoidance (Home Hospitalization) was achieved in 61% of the cases (n = 2,529) - 42% of the patients admitted in Early Discharge (n = 1,636) were post-surgical cases	AA, ED	- in 2006, a flat rate reimbursement scheme of 918/discharge was applied whereas the cost of conventional hospitalization was 2,879€/discharge - 2018 reimbursement equal to hospital: HH/ED wird wie eine normale stationäre Aufnahme gleichwertig bezahlt, was ein Anreiz zur Integration darstellt - a detailed cost analysis (Table 3S), indicated a positive net balance for the providers despite the program was applied to patients whose complexity increased during the period of the study - ca 6 Tage im Spital einsparen					
Jones et al. (Wilson 1999)	Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial	1999	199Pat (102HaH, 97 in hospital, 6patients refused HAH and 23 refused hospitalisation, all were kept in the study)		AA	May be a viable alternative to hospitalization when viewed in the long-term. Costs slightly less or about the same as hospitalization !!costs shift to patient (water, heating, lighting)	May be a viable alternative to hospitalization when viewed in the long-term. Costs slightly less or about the same as hospitalization !!costs shift to patient (water, heating, lighting)				
Keizer Ellen et al.	Impact of alternative healthcare plans on out-of-hours help-seeking intentions in Switzerland	2018		- people with Telmed model have more out-of-hour contacts than others, but not in person (but hotline) - people with GP model have less in-person out-of-hour contacts							
Langhorne et al.	Early supported discharge services for people with acute stroke	2017	follow-up median six months; range three to 12 months	17 RCT, 2422 Patienten, Stroke, eher ältere Patienten mit mittlerem Behinderungsgrad, geeignet für Hospital at Home Therefore, we presented the analysis in the following subgroups: 1. ESD team co-ordination and delivery: co-ordinated multidisciplinary ESD team co-ordinated and provided postdischarge care; 2. ESD team co-ordination: co-ordinated multidisciplinary ESD team co-ordinated supervised discharge and immediate postdischarge care but then handed over to other services; 3. no ESD team: post-discharge services were not provided by coordinated multidisciplinary ESD team.		- death or longterm institution care 6 months follow up: OR 0.75 (0.5 - 0.96), moderate evidence, assumed participants with missing data were alive and living at home. - death or dependency 6 months follow up: OR 0.80 (0.67 - 0.95) moderate evidence, assumed participants with missing data were alive and independent. This equates to an extra five (one to nine) patients regaining independence for every 100 receiving ESD services.	table 7, p 89	6 months follow up: OR 1.09 (0.79 - 1.51) p= 0.59; kein sig. Unterschied, low evidence	6-month follow-up: OR 1.04 (0.77-1.40; p=0.81; kein sig Unterschied, moderate Evidenz= assumed participants with missing data were alive ESD team co-ordination and delivery: OR 0.7 (0.45-1.09) carer subgroups, Outcome Death or dependency: carer present or not did not make a difference	days: mean 5.5 (3 - 8) shorter than control group (10 - 50), los on a hospital and/or institution. Most trials reported initial hospital stay moderate evidence	
Leff	Home Hospital Programm a pilot study	1999	- 17 patients: pneumonia, heart failure, COPD, cellulitis	- HH subjects comparable clinical outcomes - charges for HH 60% of those of hospital (wahr. Damals nicht alles mitgerechnet) - physician daily visits - direct nursing supervision initially - nurse coordinator as case manager - physician daily visits	AA	- charges for care: hospital patients - hospital billing system for HH patients - agency biling system as well as hospital billing system for emergency department use - for HH patients the nursing charges were substituted - physician charges were not included in either group					
Leff et al.	Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients	2005	- 455 patients: pneumonia, exacerbation of chronix heart failure, exacerbation COPD, cellulitis - prospective quasi-experiment conducted in 2 consecutive 11-month phases	- 3 Medicare-managed care (Medicare Choice) health systems at 2 sites and a Veterans Administration medical center - after concent patient was transported home by ambulance	AA	- mean cost HH (\$5081 vs \$7480, p<0.001) - mean saving per episode was \$2 398 (95 % CI \$1 376-\$3 631) - cost of staff included - Medicare Choice: data from managed care organisations on total amount paid by plan and patient - veterans administration medical center: a step-down cost model that first assigns direct ward-level costs, then allocates hospital overhead (lab, imaging, admin, utilities, etc.) down to each patient - Staff and virtual-ward infrastructure costs were added so that the H@H figure was fully loaded and comparable with the ward figure This methodology let them say with confidence that substituting ward care with a tightly run hospital-at-home service cut payer costs by roughly one-third without shifting expense downstream.					
Leff et al.	Challenges of Economic Evaluations of Unreimbursed care models	2025	- retrospektiv cohort analysis - matched-control design - control group might have been sicker, due to not knowing which patients would be a good fit in the control group, likely overstated the cost savings of SAH - 876 Patients (age mean 54)	- SAH (Safe@Home) akute med. Versorgung, rein virtuelles Modell, nur orale Medikamente, 12h Betreuung durch virtuelle PP/AA, ergänzt durch örtliche Notfallzentren - Zielgruppe: Patient:innen, die ansonsten im Krankenhaus General Hospital - fehlende Rückerstattung durch Kostenträger	AA	- potentiell Kosteneinsparungen, besonders bei Patienten ohne Versicherung oder Medicaid-Versicherung - in SAH resultiert in net hospital savings of \$5.6 million calculated as BAM variable costs saved minus revenue lost for the SAH-treated patients compared with patients that were not treated through SAH - Tarif/Abrechnung: The authors suggest that creating reimbursement rates of 50% to 60% of hospital costs would enable SAH to be cost-saving to both the hospital and payors, across payer mixes.	- Cost savings were also calculated by multiplying length of stay for matched control patients by an average per-diem variable cost that was calculated using all patients encounters derived from the Los Angeles County Department of Health Service (Spellberg B, Lynch C, Yee HF, Banerjee J. Health Economic Analysis of an All-Virtual, At-Home Acute Care Model. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2517114. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.17114)				

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications	
Leong et al.	Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews	2021	systematic reviews included: - Gonclaves-Bradley et al.: Early discharge hospital at home, 2021 - Langhorne et al.: Early supported discharge services for people with acute stroke, 2017 - Shepperd et al.: Admission avoidance hospital at home, 2016 - Qaddoura et al.: Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2015 - Caplan et al.: A meta-analysis of hospital in the home?, 2012	-10 systematic reviews were identified (four high quality, five moderate quality and one low quality) -2012-2017 - UK, US, Australia, Italy, Spain - use cases: AA, ESD, and both - Based on the existing evidence, it is recommended to prioritise AA over ESD in HaH implementations due to potential benefits in terms of clinical outcomes, costs and the complete substitution of hospital stay under AA.	AA, ED	ESD - reviews generally revealed comparable mortality (RR 0.92-1.03) and readmissions (RR 1.09-1.25) to inpatient care, shorter hospital LOS (MD -6.76 to -4.44 days) and unclear findings for costs. - Only one trial factored in community costs; mean hospital cost savings under ESD (at 6 months postrandomisation) were reduced from \$A4678 (95% CI \$A2676 to \$A6680) to \$A2013 (95% CI \$A669 to \$A4696) on factoring in those costs.	AA - Two reviews reported longer LOS (at home) under HaH schemes (MD 3.0-9.1 days) - With regards to the mean cost savings per episode, one review (Shepperd et al.) reported estimated savings of £304.72 found in one study (95% CI -£447.89 to £1112.35), and another review reported cost savings ranging from €295.97 to €2691. However, Shepperd et al. suggested that the cost benefit may be offset by the costs of informal care as one trial revealed that the cost reduction was no longer significant on including informal care costs.					
Levine et al.	Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial	2018	20pat@Hah, 11+ hospitalization	All patients minimum one daily visit from attending general internist. 2 daily visits from nurse, with additional visits as needed. Also participants could receive medical meals and services of a home health aide, social worker, physical therapist, and/or occupational therapist	AA	!small sample size In this small two-site pilot study, providing care to acutely ill adults at home compared to the traditional hospital reduced cost, decreased utilization, and improved physical activity, without appreciably changing quality, safety, or patient experience. - Median direct cost of the acute care episode for home patients was 52% (QR, 28%; p = 0.05) lower than for control patients.	- cost calculations may be less valid at an institution with different staffing structures and patient to clinician ratios. - costs were calculated by summing the costs of labor, equipment, medications, laboratory tests, imaging tests, and transport during the period of hospitalization			- Median length of stay was 3.0 days in both groups (p = 0.8; Table 2). During the care episode, home patients had fewer laboratory orders (6 vs. 19; p < 0.01) and received consultations less often (0% vs. 27%; p = 0.04), with a trend toward less imaging		
Megido et al.	Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis	2023	- retrospective data - review of costs of patients in CBHH (Community-based Home Hospitalization) - 1687 patients who were in CBHH, and 1687 age- and sex-matched patients who were hospitalized in an internal department (the control group)		/	- number of hospitalisations: CBHH M = 1.18, SD = 0.56 vs. Hospital M = 1.61, SD = 1.29, p < 0.001 - number of hospitalisationdays: CBHH M = 4.3 days, SD = 4.5 vs. Hospital M = 7.5 days, SD = 10.3, p < 0.001 - mean cost per day: Hospital: M = 1829.1, SD = 87.5 vs. CBHH M = 783.2, SD = 178.3, p < 0.001 - CBHH cost sig. lower	- mean cost per day: Hospital: M = 1829.1, SD = 87.5 vs. CBHH M = 783.2, SD = 178.3, p < 0.001			The difference in mortality at 6 months was not statistically significant	- number of hospitalisations: CBHH M = 1.18, SD = 0.56 vs. Hospital M = 1.61, SD = 1.29, p < 0.001 - number of hospitalisationdays: CBHH M = 4.3 days, SD = 4.5 vs. Hospital M = 7.5 days, SD = 10.3, p < 0.001	
Mendoza et al.	Hospital at home care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure	2009			AA		Mean (SD) T= €2,541 (1,334), C= €4,502 (2,153) Difference €1,961 P < 0,0001 Difference attributed to fewer investigations. Costs include health service costs used during follow-up period of 1 year, excludes informal care.					
Misplon et al.	Onco@home: comparing the costs and reimbursement of cancer treatment at home with the standard of care	2024		- cost and reveibes pf oncology care calculation from a providers perspektive für standard ambulatory hospital care anf HH (jome hospitalization) models - nur ambulantes Setting, keine Admission advoinance da keine stationäre Spitalaufenthalte	/	not relevant for our paper						
Nicholson et al.	Cost comparison of hospital- and home-based treatment models for acute chronic obstructive pulmonary disease	2001	25 patients with COPD 12 = control group (hospitalized ppl) 13= hospital at home ppl	They call it Hospital in the Home (HITH) (älteste zitierte studie von 1996) HITH für akute exazerbierte COPD used community infrastructure -> seamless progression to non acute management at home	AA	!small sample size. The economic analysis suggests that appropriate home care for a proportion of this diagnostic group can be provided at a substantially lower cost than a comparable hospital admission. Actual cost saving is, however, reliant on sufficient patient numbers to impact on bed-day costs per patient. Most bed-day costs are fixed. Actual savings with smaller patient numbers would only be in direct costs such as hotel services. Thus, an appropriate 'critical mass' for home-managed patients is essential for the efficiencies projected in the analysis.						
Qaddoura et al.	Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis	2015	- included 1990-2024 (6 studies) - studies with patients which require treatment for decompensated HF	-HaH decreased costs of index hospitalization in all RCTs. HaH reduced readmissions and emergency department visits per patient in all 3 observational studies	AA, ED	- In all 3 RCTs, HaH significantly reduced the cost of index care per patient (p < 0.001) - 2 trials 12m follow-up: cost were lower in HaH group (diff not sig.) - the long-term costs of HaH for HF remain unclear. - none of the primary studies reported indirect costs (e.g. overhead) and cost-utility analyses were not presented.						
Roberts et al.	Consumer and Provider Perspectives on Hospital in the Home: A Qualitative Study	2023		- pro cons of H@H for consumer and provider - doestn mention cost or saving	/	not relevant for our paper						

Author	Titel	Jahr	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig	Cost	Readmission	Mortality	length of stay (LOS)	Complications
Saenger et al.	Cost of Home Hospitalization vs. Inpatient Hospitalization Inclusive of a 30-Day Post-Acute Period	2022	analysis included 201 HaH episodes and 101 inpatient episodes	Cost estimate including 30 days post discharge) comparison patients were either patients that refused HaH (10%) or HaH Clinician was not available (90%) and they would have been eligible	AA	costs of acute care and the 30-day post-acute period were significantly and meaningfully lower than for a matched group of patients who received inpatient care, and were robust to several sensitivity analyses.					
Shepperd et al.	Admission avoidance hospital at home	2016	- aged 18 years and over - not include people with long-term care needs unless they required admission to hospital for an acute episode of care.		AA	Residential care transfer: HaH verringert W'keit nach 6 Monaten in Einrichtung zu leben (RR 0.35; 95% CI 0.22-0.57; niedrige Evidenz) - kaum Unterschied bei funktionellen Outcomes (ADL) und Lebensqualität - Zufriedenheit 8%-40% Unterschied (niedrige Evidenz), Auswirkungen auf Angehörige wenig untersucht	Kosten konnte nicht zusammen kombiniert evaluiert werden da sie sehr unterschiedlich zusammengesetzt waren, nur 2 Studien haben alle Kosten offen gelegt; HaH may decrease costs slightly (low evidence) - Kosten variieren stark, abhängig von Land, Studiendesign, Erkrankung und Einbezug auf informeller Kosten - Tageskosten könnten höher sein bei HaH, Unterschied relativiert sich bei Gesamtkosten	Wiederaufnahme: Wenig - kein Unterschied der W'keit einer stationären Aufnahme oder readmission (RR 0.98; 95% CI 0.77-1.23; moderate Evidenz)	Sterblichkeit: HaH macht wahrsch. Wenig - kein Unterschied bei 6-monatigem Follow-up (Risk: RR 0.77; 95% CI 0.60-0.99; moderate Evidenz)	Verweildauer: starke Variation - Reduktion mean 8d bis Verlängerung 16d, stark abhängig von Diagnose: v.a. Stroke Patienten Verlängerung der Verweildauer	
Singh et al.	Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people?	2022	HaH = 700 ppl Hospitalization=355 ppl - randomized with 2:1 - cost baseline and 6 months - incremental cost-effectiveness ratios were calculated	measured costs at baseline and 6 months post discharge. HaH was less costly than hospitalization even when informal care costs were included.	AA	- adjusting for baseline covariates, HaH was less costly than admission to hospital from a health and social care remained less costly even when adjusted for informal care costs perspective	- costs from 2017/2018 - HaH was less costly than admission to hospital from a health and social care perspective (mean -£2,265, 95% CI: -4,279 to -252), and remained less costly with the addition of informal care costs (mean difference -£2,840, 95% CI: -5,495 to -185). There was no difference in quality adjusted survival. Using multiple imputation for missing data, the mean difference in health and social care costs widened to -£2,458 (95% CI: -4,977 to 61) and societal costs remained significantly lower (-£3,083, 95% CI: -5,880 to -287). There was little change to quality adjusted survival - Table 3		The difference in mortality at 6 months was not statistically significant	At 6 months follow-up, the mean total days in hospital had increased to 9.47 (SD 18.41) in the CGAH group and 10.58 (SD 19.49) in the hospital group, a non-significant	
Tan Kelvin B. & Lee Chien Earn	Integration of Primary Care with Hospital Services for Sustainable Universal Health Coverage in Singapore	2019		Singapore's Ministry of Health is pushing care beyond health-care to health, beyond hospital to community, and beyond quality to value. Primary-care capacity is expanding (340 GP clinics in PCNs as of 2018) and ED attendances for minor problems have fallen where GPFIRST operates	/	about shifting appropriate care "to the community, home, or primary-care setting" as a strategic direction, but it does not describe or evaluate a dedicated hospital-at-home programme					
Thornicroft G & Tansella M	The balanced care model for global mental health	2013	- proposal of a balanced care model (BCM) in mental health: balance between hospital and community care - 5 categories of care - out-patient clinics - community mental health teams CMHT - acute in-patient services - community residential care and - work/occupation	- model for care in mental health, differentiated for low-middle- and high resource settings	TA						
Wallis et al.	Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis	2024									
Walsh et al.	Safety and Cost-Effectiveness of Hospital at Home in Patients with COVID-19	2025	- 200 patients (100 in H@H) - all patients first stayed at the hospital - 30-day readmission rates - inpatient length of stay - detailed cost analysis (fixed and variable costs)	- aims to evaluate the safety, clinical effectiveness, and cost-efficiency of a HaH program for patients with COVID-19 - comparing these outcomes with those of traditional in-hospital care. - comparable rates of 30-day readmissions and ED visits between the HaH and usual care groups indicate that this care delivery model does not compromise patient safety - the longer tLOS highlights the importance of optimizing patient selection criteria for future HaH programs to minimize prolonged stays at home while maintaining effective care	ED	- no sig. Difference btw. HaH and control group (sex, age, intensive care unit admission rates	-> ökonomische Vergleiche muss man beide Größen betrachten: Krankenhäuser sparen Fix- und Variable-Kosten während der iLOS-Phase, tragen aber ggf. anteilig die HaH-Kosten oder geben sie an andere Kostenträger weiter - HaH cost benefits: sig. lower inpatient fixed costs (\$675,668 vs \$1,469,098, P = 0.02) and total inpatient costs (\$1,268,944 vs \$2,995,512, P = 0.01). - representing a lower total cost of care (\$1,805,194 vs \$2,995,512). The difference was not significant (P = 0.075)			- HaH shorter inpatient length of stay - HaH longer total length of stay	
Wong et al.	Supporting older people through Hospital at Home care: a systematic review of patient, carer and healthcare professionals' perspectives	2025	systematic review of UK studies.	H@H benefits including home familiarity, enabling person-centred care and shared decision-making and provision of family carer support. Challenges included staff accessibility, patient and carer anxieties regarding the safety of virtual wards, coordination across sectors and older people using technology.	AA,ED	not relevant for our paper					

14.6 03_Tarifsysteme-MatrixLiteratur

Author	Titel	Jahr	Country	Studiendesign	Methods (Stichworte)	Kurze Zusammenfassung	Art	Ergebnisse stichwortartig
Pines	Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured	2015	USA	descriptive paper	- Kaiser Foundation Health Plan (KFHP): Non-profit Insurance - Kaiser Foundation Hospitals (KFH): Non-profit hospital system - Permanente Medical Groups (PMGs): For-profit medical services			
Charney et al.	HaH-Plus Provider Focused Payment Model	2017	USA	narrative review				
Siddique & Mehta	Market Evaluation: Finances, Bundled Payments, and Accountable Care Organizations	2017	USA	Narrative review with a health policy and financing focus				
Pelizzari	Hospital at Home: Should Payment Models Focus on the Hospital or the Home?	2022	USA	Economic modelling study (payer-perspective financial modeling comparing two payment models)		We found that, assuming Medicare-like reimbursement rates, the bottom-up model would cost payers about \$7,000 less per episode than the top-down model		
Keel et al.	Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature	2017	Sweden review global: USA, Europa	Systematische Review zu TDABC-Kalkulations-methode (time-driven activity-based costing)	- PRISMA statement - 25 studies	- seven steps of TDABC for health care organizations - TDABC wird als praktikable, vergleichsweise ressourcenschonende Methode zur Prozesskostenermittlung im Gesundheitswesen betrachtet - bietet Potenzial für die genaue Identifikation der tatsächlichen Kosten einer Versorgung über den gesamten Behandlungsprozess und adressiert eine zentrale Herausforderung herkömmlicher Kostenrechnungssysteme - TDABC wird als Fundament für neue Vergütungsmodelle und als Informationsbasis für mögliche Leistungs- und Finanzierungsströme in valuebasierter Versorgung (auch ambulant) gesehen - With the exception of defining the medical condition and the CDVC, all steps are mandatory for any TDABC analysis. Applications that hope to inform bundled payment reimbursement systems, or inform operational improvement and cost reduction across the care continuum need to cost care over the full CDVC.		- 3 bis 7 sind verbindlich – ohne sie erhält man keine belastbaren Prozesskosten --> Für einfache, interne Analysen reicht es, Schritt 1 + 2 wegzulassen. Wer jedoch Kosten für Versorgungsbündel transparent machen oder über Organisationsgrenzen hinweg optimieren will, muss unbedingt den gesamten Behandlungspfad (CDVC) in die TDABC-Kalkulation einbeziehen
Leff et al.	Challenges of Economic Evaluations of Unreimbursed care models	2025	USA	Invited commentary Health Policy	- retrospektiv cohort analysis - matched-control design - control group might have been sicker, due to not knowing which patients would be a good fit in the control group, likely overstated the cost savings of SAH - 876 Patients (age mean 54)	- SAH (Safe@Home) akute med. Versorgung, rein virtuelles Modell, nur orale Medikamente, 12h Betreuung durch virtuelle PP/AA, ergänzt durch örtliche Notfallzentren - Zielgruppe: Patient:innen, die ansonsten im Krankenhaus aufgenommen worden wären – in diesem Fall am Los Angeles General Hospital - fehlende Rückerstattung durch Kostenträger	AA	- potentiell Kosteneinsparungen, besonders bei Patienten ohne Versicherung oder Medicaid-Versicherung - in SAH resulted in net hospital savings of \$5.6 million calculated as BAM variable costs saved minus revenue lost for the SAH-treated patients compared with patients that were not treated through SAH - Tarif/Abrechnung: The authors suggest that creating reimbursement rates of 50% to 60% of hospital costs would enable SAH to be cost-saving to both the hospital and payors, across payor mixes. - Cost savings were also calculated by multiplying length of stay for matched control patients by an average per-diem variable cost that was calculated using all patients encounters derived from the Los Angeles County Department of Health Service (Spellberg B, Lynch C, Yee HF, Banerjee J. Health Economic Analysis of an All-Virtual, At-Home Acute Care Model. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2517114. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.17114)

14.7 Fragekatalog Experteninterview Finanzierung H@H

1.	Welche konkreten Leistungen bieten Sie im Rahmen Ihres H@H- oder C@H-Modells an? (z.B. Pflege, ärztliche Versorgung, Therapien etc.)
2.	Gibt es Einschränkungen bei der Auswahl der Patientinnen (z.B. Nebendiagnosen, Alter, Wohnlage, Wohnung, An/Zugehörige) => plus bis zu welcher Entfernung / Umkreis?
3.	Sind auch andere Anbieter in die Pflege zu Hause eingebunden (z. B. Spitex)?
4.	Wie ist hier die Aufgabenteilung – und wissen Sie, wie diese Leistungen abgerechnet werden?
5.	Gibt es Unterschiede bei der Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten, wenn man aus dem H@H/C@H-Modell koordiniert – im Vergleich zur Koordination aus einem Spital heraus?
6.	In welchen IT-Systemen wird was dokumentiert? Abrechnungsrelevante Daten
7.	Was wird über ambulante, resp. stationäre Tarife a) abgerechnet, b) dokumentiert?
8.	Über welche Tarifsysteme rechnen Sie die medizinischen, pflegerischen oder betreuenden Leistungen ab? (z. B. TARMED, SwissDRG, Pflegefinanzierung etc.)
9.	Müssen Sie je nach KK unterschiedlich abrechnen? Wie?
10.	Wie rechnen Sie Ihre Pflegeleistungen ab?
11.	Gibt es eine separate Finanzierung für digitale oder telemedizinische Leistungen, die Sie einsetzen? (z. B. über MiGeL oder andere Wege?)
12.	Gibt es eine separate Finanzierung für andere Leistungen (Medikamente, Physiotherapie, Pflegemassnahmen, etc.)?
13.	Wie wird das Angebot heute finanziert? (OKP? Zusatzversicherung? Mischlösung? Sonstige Lösung?)
14.	Umfasst Ihr Modell Angebote mit gebündelten Zahlungen, die sowohl Spital- als auch Pflege zuhause abdecken? (z. B. über die Grundversicherung (OKP) oder eine Zusatzversicherung?)
15.	Erhält Ihr Programm kantonale Finanzierung im Rahmen eines Pilotprojekts? Und falls Ihr Angebot in mehreren Kantonen läuft: Gibt es Unterschiede bei der Finanzierung von Kanton zu Kanton?
16.	Gibt es eine Kostenträgerrechnung für H@H-Patient:innen? Welche Basis (z.B. REKOLE)? (Wofür die Kosten angefallen sind)
17.	Ist es aus Ihrer Sicht kostendeckend? Wenn nicht: wo sind die Probleme?
18.	Wie stellen Sie sicher, dass die Qualität der Versorgung im H@H/C@H hoch bleibt? (z. B. Standards, Audits, Feedbacksysteme)
19.	Wird Ihre Arbeit in Bezug auf Kosten und Nutzen oder Wirksamkeit evaluiert? Wenn ja, von wem und wie oft?
20.	Was sind aus Ihrer Sicht aktuell die grössten finanziellen Herausforderungen – und wie gehen Sie damit um?
21.	Wenn Sie auf die Finanzierung schauen – wo sehen Sie heute die grössten Verbesserungsmöglichkeiten?
22.	Wo braucht es neue Tarifpositionen?

15 Versionsverlauf

Version	Datum	Beschreibung	Autor:in
Erstentwurf	November 2025	Inhaltsverzeichnis erstellt, Rückbesprochen mit Leadpartner:innen	Thomas Bürkle, Silja Lögler
V10 V11	17.März 2026	Inhaltliche Fertigstellung Überarbeitung	Thomas Bürkle, Silja Lögler AP 2 Mitglieder & Inter- viewpartner
V14 V15 V17	2.Juni 2026	Überarbeitung Feedback Fertigstellung	Thomas Bürkle, Silja Lögler Sabina Misoch Thomas Bürkle, Silja Lögler